

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

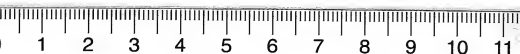
JOURNAL

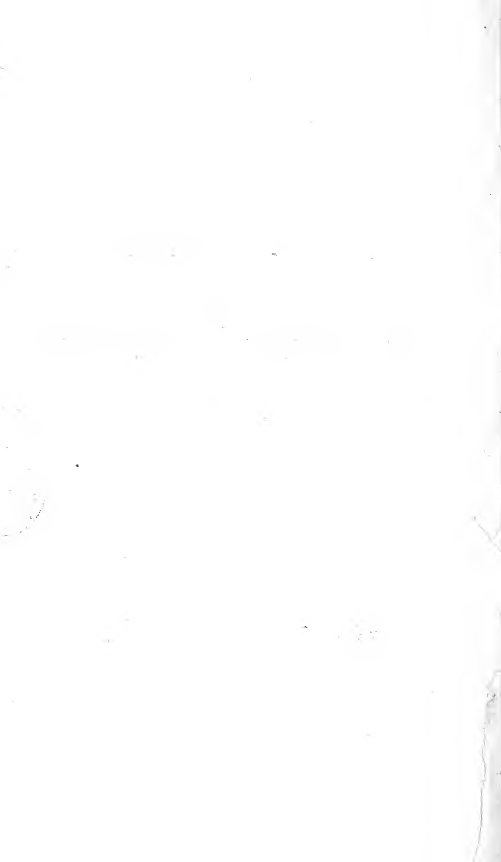
DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS





# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

## L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D<sup>r</sup> J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de Médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

D<sup>r</sup> ANT. RITTI

Médecin honoraire de la Maison nationale de Charenton

—  
NEUVIÈME SÉRIE — TOME TREIZIÈME

SOIXANTE-NEUVIÈME ANNÉE



90132

PARIS

MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—  
1911





ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

---

Psychologie morbide.

L'OPIUMISME D'EDGAR POË

Par le D<sup>r</sup> Roger DUPOUY

Médecin-adjoint de la Maison nationale de Charenton.

---

Il est difficile d'écrire une histoire de l'opiumisme de Poë, qui n'a laissé ni Lettres comme Coleridge, ni Confessions comme Quincey, où il aurait à loisir analysé les effets des différents toxiques auxquels il se serait livré, avec chiffres et dates à l'appui (1). Ses habitudes d'opio-phagie ont même été mises en doute par plusieurs de ses biographes. « Nous ne sommes pas en mesure, dit

---

(1) Voir : *La vie et les lettres d'Edgar Allan Poë*, par John H. Ingram. — Cf. Henry Van Dyke. *Edgar Allan Poë. La Revue de Paris*, mars 1909, p. 349. — Gabriel Mourey. *Poésies complètes d'Edgar Poë*, Paris, 1910, etc.

M<sup>me</sup> Arvédè Barine (1), de nier ou d'affirmer que Poë ait aggravé son cas en prenant lui aussi de l'opium ; les témoignages sont aussi contradictoires qu'ils sont formels. » Nous croyons cependant fermement avec Baudelaire (2), Woodberry (3) qui cite le témoignage irrécusable d'une cousine, miss Herring, avec Lauvrière (4)..., que Poë fut un adepte du laudanum comme Coleridge, son maître admiré et, malheureusement aussi, son modèle en psycho-pathologie. A maintes reprises dans ses œuvres, il parle, en homme qui y goûta, de l'opium et des rêveries qu'il provoque ; et l'avortement de sa tentative de suicide (5) à l'aide du laudanum (novembre 1848) laisse supposer qu'il était familiarisé depuis longtemps avec ce poison (encore qu'il n'avoue n'en avoir absorbé qu'une once).

Puis Poë est, avant tout, un grand alcoolique, mort en octobre 1849 dans une crise de delirium tremens, ainsi que l'a définitivement établi M. Woodberry. Et l'influence de l'alcool se fait puissamment sentir dans toutes ses œuvres au point de les dominer complètement. Enfin, il ne faut pas oublier le triste terrain qui vit fleurir son talent. Poë est un hérédo-alcoolique affecté d'une appétence particulière et congénitale pour les boissons alcooliques à laquelle il devait succomber dès la première occasion, lors de son passage à l'Université de Virginie à l'âge de dix-sept ans. C'est, toujours comme Coleridge et Quincey, un déséquilibré d'une essence supérieure. Dans un de ses contes (William

(1) A. Barine. *Poètes et névrosés*, 2<sup>e</sup> éd., Paris, 1908.

(2) Ch. Baudelaire. *Œuvres complètes*.

(3) G. Woodberry. *Edgar Allan Poë*, Boston, 1894.

(4) Em. Lauvrière. *Edgar Poë, sa vie et son œuvre ; étude de psychologie pathologique*, Paris, 1904.

(5) Cette tentative de suicide fut accomplie au cours d'un accès de mélancolie ayant succédé à une phase maniaque des plus caractérisées.

Wilson), il se décrit lui-même, enfant de génie, impulsif né, dont les impulsions deviennent avec les années plus violentes et plus perverses, obsédé offrant un type remarquable de dédoublement de la personnalité. Aussi, chez lui, l'alcoolisme revêt-il les allures de la dipsomanie, comme l'ont bien montré M<sup>me</sup> A. Bariné et M. Lauvrière (1), après P. Moreau (de Tours) (2). Ajoutons qu'il fut aussi un dromomane (3) et que, sa vie

(1) Pour M. Lauvrière, et nous pensons volontiers comme lui, Poë serait également un intermittent à double forme, un circulaire tantôt déprimé mélancolique, tantôt excité maniaque; et son exemple serait un nouveau témoignage de l'étroite parenté qui relie à la folie maniaque dépressive la dipsomanie et autres obsessions impulsives, la dromomanie notamment. (V. Lauvrière, p. 89, 156 et suiv., 244 et suiv...) « Il faut, bon gré mal gré, déclare-t-il, accepter sans exagération du moins, dans ce même être dédoublé, la réelle opposition de deux personnalités contraires qui, au lieu de se juxtaposer, se succèdent ou plutôt alternent sans cesse. »

Poë, d'ailleurs, sait parfaitement s'analyser et il a, de bonne heure, remarqué ses alternatives d'excitation intellectuelle (d'autres fois motrice) pendant lesquelles il écrit inlassablement, et de dépression mélancolique qui l'obligent à laisser « son esprit en jachère » et provoquent chez lui l'apparition de fugues obsédantes, dromomaniaques. « ... Mes sentiments sont, en ce moment, vraiment lamentables. *Je souffre d'une dépression de l'esprit comme je n'en ai jamais ressenti. J'ai lutté en vain contre l'influence de cette mélancolie*; et vous me croirez quand je vous dis que je suis toujours malheureux en dépit de l'heureux changement de mes affaires... » (Lettre à Kennedy, 11 sept. 1835.) « ... *Je suis extrêmement nonchalant et prodigieusement actif, par accès. Il y a des périodes où toute sorte d'exercice mental m'est une torture et où rien ne me fait plaisir*, si ce n'est de communier dans la solitude des montagnes et des bois, ces autels de Byron. Je me suis ainsi perdu en rêves et en courses vagabondes pendant des mois entiers pour m'éveiller enfin *en proie à une sorte de manie d'écrire. Alors, je griffonne toute la journée, je lis toute la nuit, tant que dure cette maladie...* » (Lettre à Lowell, 2 juillet 1884.)

(2) Paul Moreau (de Tours).—Edgar Poë. Etude de psychologie morbide. *Annales médico-psychologiques*, janvier 1894.

(3) « ... Quand je suis pris dans un accès de vagabondage (et c'est là chez moi rien moins qu'une de mes passions habituelles que d'errer à travers les bois pendant une semaine ou un mois de suite), je ne voudrais ni en réalité ne pourrais échapper à cette humeur, eussé-je à répondre au Grand-Mogol m'informant qu'il m'a institué héritier de ses biens... » (Lettre à Cooke, 9 août 1846.)

entière, il fut assailli par diverses obsessions phobiques ou impulsives.

Mais il est aussi épris de musique et de poésie ; il a le goût de l'imprécis et le sentiment de l'infini ; son esprit, dédaigneux des réalités, se complait dans les fictions de son imagination et se réfugie au milieu des paysages fantastiques que son « œil de visionnaire » lui permet d'entrevoir, « paysages de rêve, construits par son imagination avec les formes indéçises et mouvantes que lui suggérait dans ses longues promenades son cerveau de névrosé (1) ».

Il est malaisé, pour toutes ces raisons, de discerner dans l'œuvre de Poë la marque de l'opium fortement estompée, sinon effacée par celle de l'alcool. Toutefois, nous avons cru la reconnaître dans ces visions d'immense et d'infini (2), hors l'Espace et le Temps, qu'il décrit dans *Pays de songe*, visions que nous avons rencontrées déjà chez Quincey et chez Coleridge et que nous retrouverons chez les fumeurs d'opium. )

Vallées sans fond et fleuves sans fin,  
Gouffres béants, cavernes et forêts de géants  
Dont nul œil humain n'effleure les formes  
Sous la brume qui pleure,

Monts éternellement croûlants  
En des mers sans rivages,  
Mers qui sans trêve se soulèvent  
Gémissantes, vers des cieux qui flambent,

Lacs éployant vers l'infini  
Leurs eaux solitaires, solitaires et mortes,  
Leurs mornes eaux, mornes et glacées  
Sous la neige des lys languides,

(1) A. Barine. *Loc. cit.*, p. 186.

(2) Nous avons trouvé la même impression chez M. Lauvrière qui fait suivre sa traduction de cette remarque : « Comme en ces visions les sensations d'espace, de temps et de mouvement se trouvent amplifiées : tout est immense, éternel, mouvant ; c'est là un triple effet habituel de l'opium. » (P. 375, note 1.)

Près des lacs qui, ainsi, épioient  
 Leurs eaux solitaires et mortes,  
 Leurs mornes eaux, mornes et glacées  
 Sous la neige des lys languides,

Sur les monts, le long des fleuves murmurants,  
 Tout bas et toujours murmurants,  
 Sous les bois gris, dans les marécages  
 Où gîtent le crapaud et la salamandre,

Près des mares et des étangs sinistres  
 Où les goules font leur demeure,  
 En tous lieux les plus maudits,  
 En tous recoins les plus lugubres,

Le voyageur rencontre épouvanté  
 Les ombres voilées du Passé,  
 Fantômes qui sous leurs linceuls blafards tressaillent  
 En passant auprès de l'homme errant, [et soupirent]

Fantomes drapés et blêmes d'amis que l'agonie  
 A depuis longtemps rendus à la Terre et au Ciel...

Déjà Quincey avait dit que l'espace « s'enflait à l'infini » sous le mirage de l'opium. Poë emploie la même image et Baudelaire, préfaçant son œuvre, s'exprime ainsi (1) : « L'espace est approfondi par l'opium ; l'opium y donne un sens magique à toutes les teintes et fait vibrer tous les bruits avec une plus significative sonorité. Quelquefois des échappées magnifiques, gorgées de lumière et de couleur, s'ouvrent soudainement dans ses paysages, et l'on voit apparaître au fond de leurs horizons des villes orientales et des architectures vaporisées par la distance, où le soleil jette des pluies d'or. »

Dans ses contes et dans ses poésies Poë décrit souvent ses propres hallucinations en les prêtant à ses héros créés à son image et comme dessinés devant une glace ; citons parmi les plus connues l'apparition fantomatique de *Bérénice* et de *Ligeia* et le *never more* du

---

(1) Ch. Baudelaire. *Edgar Poë; sa vie ses œuvres*. Paris, 1885, p. 31.

*Corbeau*, malgré que Poë ait cherché dans la *Genèse* d'un poème à expliquer — après coup, pensons-nous avec Baudelaire — sa fantastique composition: Il a honte de son vice, disons plutôt de sa maladie, et il veut par instants nier son alcoolisme, prétendant « ne boire que de l'eau », alors qu'on le ramasse ivre-mort dans les rues de Richmoud, de New-York ou de Washington. A plus forte raison rougissait-il de laisser supposer qu'il doit aux visions, aux cauchemars qui hantent ses nuits, une partie de son originalité et qu'il veut dans ses poèmes élever un monument à la glorification du poison qui l'enivre. Nous trouvons cependant dans les *Souvenirs de M. Auguste Bedloe* la peinture d'une scène hallucinatoire qu'il attribue à l'opium.

« Le tempérament de Bedloe, dit Poë (1), était au plus haut degré sensitif, excitable, enthousiaste. Son imagination, singulièrement vigoureuse et créatrice, tirait sans doute une force additionnelle de l'usage habituel de l'opium, qu'il consommait en grande quantité et sans lequel l'existence lui eût été impossible. C'était son habitude d'en prendre une bonne dose, immédiatement après son déjeuner chaque matin. » Or nous savons — tous ses biographes, J. Ingram, G. Woodberry, Ch. Baudelaire, A. Barine, E. Lauvrière, etc., ont très justement insisté sur ce point — que les personnages de Poë; « ou plutôt le personnage de Poë, l'homme aux facultés suraiguës, l'homme aux nerfs relâchés... », c'est Poë lui-même (2). C'est donc un aveu d'opiomanie que le conteur nous fait.

(1) Traduction Ch. Baudelaire.

(2) « Ne cherchez pas dans toute l'œuvre un autre être vivant, dit Lauvrière; vous n'en trouveriez pas; il n'y a sous tous ces déguisements scéniques..., qu'un seul acteur, et cet acteur qui se pavane, se démène ou s'apostrophe dans tous les rôles et sur tous les tons, c'est Poë, toujours Poë. » (*Op. cit.*, p. 511.)

( De l'hallucination panoramique dont il nous donne ensuite la description, nous détachons le passage suivant : « Je me trouvai au pied d'une haute montagne dominant une vaste plaine, à travers laquelle coulait une majestueuse rivière. Au bord de cette rivière s'élevait une ville d'un aspect oriental, telle que nous en voyons dans les *Mille et une Nuits*, mais d'un caractère encore plus singulier qu'aucune de celles qui y sont décrites. De ma position, qui était bien au-dessus du niveau de la ville, je pouvais apercevoir tous ses recoins et tous ses angles, comme s'ils eussent été dessinés sur une carte. Les rues paraissaient innombrables et se croisaient irrégulièrement dans toutes les directions, mais ressemblaient moins à des rues qu'à de longues allées contournées, et fourmillaient littéralement d'habitants. Les maisons étaient étrangement pittoresques. De chaque côté, c'était une véritable débauche de balcons, de vérandas, de minarets, de niches et de tourelles fantastiquement découpées. Les bazars abondaient ; les plus riches marchandises s'y déployaient avec une variété et une profusion infinies : soies, mousselines, la plus éblouissante coutellerie, diamants et bijoux des plus magnifiques. A côté de ces choses, on voyait de tous côtés des pavillons, des palanquins, des litières où se trouvaient de magnifiques dames sévèrement voilées, des éléphants fastueusement caparaçonnés, des idoles grotesquement taillées, des tambours, des bannières et des gongs, des lances, des casse-tête dorés et argentés. Et parmi la foule, la clameur, la mêlée et la confusion générales, parmi un million d'hommes noirs et jaunes, en turbau et en robe, avec la barbe flottante, circulait une multitude innombrable de bœufs saintement enrubannés, pendant que des légions de singes malpropres et sacrés grimpaient, jacassant et piaillant, après les corniches des mosquées, ou se sus-

pendaient aux minarets et aux tourelles. Des rues fourmillantes aux quais de la rivière descendaient d'innombrables escaliers qui conduisaient à des bains, pendant que la rivière elle-même semblait avec peine se frayer un passage à travers les vastes flottes de bâtiments surchargés qui tourmentaient sa surface en tout sens. Au delà des murs de la ville s'élevaient fréquemment, en groupes majestueux, le palmier et le cocotier, avec d'autres arbres d'un grand âge, gigantesques et solennels ; et çà et là on pouvait apercevoir un champ de riz, la hutte de chaume d'un paysan, une citerne, un temple isolé, un camp de gypsies, ou une gracieuse fille solitaire prenant sa route, avec une cruche sur sa tête, vers les bords de la magnifique rivière. »

Suit une scène d'insurrection à laquelle il se voit prendre part (phénomène probable d'autoscopie) et où il croit se sentir frappé à la tempe d'un coup de flèche et mourir. Dans cette même nouvelle, Poë signale cet attribut de l'opium de donner à toute chose, même à la plus triviale, un intérêt exagéré. « Cependant, l'opium avait produit son effet accoutumé, qui est de revêtir tout le monde extérieur d'une intensité d'intérêt. Dans le tremblement d'une feuille, dans la couleur d'un brin d'herbe, dans la forme d'un trèfle, dans le bourdonnement d'une abeille, dans l'éclat d'une goutte de rosée, dans le soupir du vent, dans les vagues odeurs échappées de la forêt, se produisait tout un monde d'inspirations, une procession magnifique et bigarrée de pensées désordonnées et rhapsodiques. »

Déjà il disait pareillement, dans *Bérénice* (1), que l'opium conduisait son héros *Egæus* (proche parent de Poë, fait remarquer A. Barine), à donner une valeur anormale, monstrueuse, aux phénomènes les plus sim-

---

(1) Écrit en 1833, peut-être même déjà en 1831.



ples, à s'absorber toute une journée devant une ombre, à s'oublier une pleine nuit auprès de sa lampe ou de son feu, à rêver des jours entiers sur le parfum d'une fleur, à « réfléchir infatigablement de longues heures, l'attention rivée à quelque citation puérile sur la marge ou dans le texte d'un livre... ».

Ailleurs (voir l'*Assiguation*, la *Maison Usher*, le *Conte des Montagnes dénudées*, les *Marginalia*), il dit encore : « Je souffre d'une extrême dépression de l'âme que je ne puis comparer à aucune sensation terrestre mieux qu'au réveil du mangeur d'opium : chute douloureuse dans le monde banal, affreuse disparition du voile ; sensation glaciale, engloutissement, dégoût du cœur ; irrémédiable dissolution de la pensée qu'aucune excitation de l'imagination ne saurait ramener vers le sublime ; car je suis un esclave lié au joug de l'opium, un prisonnier qui en porte les entraves, et mes œuvres ont, comme mes volontés, pris les fantastiques couleurs de mes rêves, parfois follement excités par une dose immo-dérée d'opium... »

Peut-on, malgré tout, accepter, comme d'aucuns le veulent, l'hypothèse que Poë se soit contenté d'une documentation théorique sur les effets de l'opium, des récits de Quincey et de Coleridge, des confessions de l'un et des lamentations de l'autre ? En plus des témoignages nettement affirmatifs, ses impressions sont trop vraies et trop précises pour n'avoir pas été vécues. Et pour qui sait les tendances de Poë à s'étudier et à se faire « le peintre toujours complaisant de son âme morbide », de telle façon que chacun de ses personnages est une partie de lui-même et que l'ensemble de ses œuvres renferme le cryptogramme d'une autobiographie complète, la chose ne fait aucun doute. Poë a réellement connu l'engourdissante et torpide rêverie de l'opium, et l'on peut considérer comme l'aveu de son

propre servage ces paroles de l'époux de Ligeia : « J'étais devenu un esclave de l'opium ; il me tenait dans ses liens, et tous mes travaux et mes plans avaient pris la couleur de mes rêves. »

Doit-on maintenant admettre que l'opium lui ait procuré ces divines extases qu'il vante en de nombreux articles, extases « dont la volupté est bien supérieure à toutes celles du monde des rêves ou de la veille... », et que viennent peupler des visions surnaturelles « comme si les cinq sens étaient remplacés par cinq mille sens étrangers à notre nature mortelle » ? M. Lauvrière adopte cette idée, fort légitime au demeurant, et nous ne le contredirons point. Mais peut-on dire également que l'opium ait servi son inspiration, aiguisé son imagination, exalté ses facultés créatrices ? Nous ne le pensons pas, car les œuvres de Poë ont été, pour la plupart, écrites dans ses périodes d'abstinence (1), heureusement assez nombreuses et relativement longues ; et lorsque l'accès dipso- ou plus exactement toxico-maniaque surgissait, Poë ne s'appartenait plus ; il abandonnait tout..., la direction du journal qui lui avait été confiée, la conférence à laquelle il se préparait, l'œuvre qu'il était en train de composer, et ce, quelque besoin qu'il eût de réaliser immédiatement une recette pécuniaire pour faire vivre les siens. Il le sait et l'avoue avec honte et tristesse.

Il ne put jamais, dit M. Lauvrière en parlant de sa production poétique (2), écrire un poème sous la seule contrainte de la nécessité, si pressante qu'elle fût ; de là son piteux échec à Boston (3), de là la rareté de ses

(1) C'est ainsi que l'accès dipsomaniaque qui éclate en juin 1845 avait été précédé d'une période d'activité littéraire intense, longue d'environ dix mois, et fut, au contraire, marquée par une stérilité complète.

(2) Lauvrière. *Op. cit.*, p. 365.

(3) Poë s'était engagé à déclamer le 16 octobre 1845 devant

productions poétiques durant sa maturité affairée. « Aux phases extatiques d'un contemplatif, ne faut-il pas, comme il le dit lui-même, la sérénité de l'âme, et, par-tant, le calme de l'existence? »

Dans ses contes, il s'est évidemment servi des sensations anormales, étranges et fantastiques, que lui apportaient l'alcool et l'opium. « Songez aux hallucinations de *Bérénice* et de *Morella*, songez à l'opium de *Ligéïa* et de *Bedloe*, songez à l'alcool de *Wilson* et du *Chat Noir*, et dites si ces hagardes visions et ces extravagantes conceptions ne sont point le produit artiste-ment ouvré d'intimes sensations spontanées, plus ou moins voisines de l'hallucination, presque irrésistiblement sorties d'une somnolente inconscience, dont les éveils tristes ou joyeux n'étaient peut-être point sans cause factice (1). » Poë s'est attaché à faire revivre pour ses lecteurs ses propres hallucinations, il a voulu les faire frissonner des mêmes angoisses qu'il a éprouvées, et dans ce but il a imaginé une intrigue fictive et a cherché pour ses « effets » les mots sensationnels, il a travaillé sa pensée et ciselé son style; il a d'abord construit un plan général rigoureux et méthodique, puis, minutieusement et à loisir, a façonné chaque détail de son œuvre. « Il n'y a pas, dit-il, de plus grande erreur que de croire la vraie originalité pure matière d'impulsion ou d'inspiration : créer, c'est combiner avec soin, avec patience, avec intelligence... On devrait méditer et

---

le Boston Lyceum un poème inédit. Et malgré le secours de ses toxiques favoris, en dépit de tous ses efforts pour tenir sa parole, il ne put rien composer; conscient de son impuissance, il alla mendier à Mrs Fr. Osgood un poème « à la hauteur de sa réputation », et celle-ci n'ayant pu réussir ce qu'il désirait, il en fut réduit, « la tête vide de tout souffle poétique », à lire, à la place du chef-d'œuvre inédit qu'on attendait, un de ses poèmes de jeune homme, *Al Araaf*.

(1) Lauvrière, p. 611.

combiner d'une manière définitive, avant d'écrire un seul mot, le dénouement de toute fiction ou l'*effet* préféré en tout autre genre de composition ; et on ne devrait pas écrire un seul autre mot qui ne tende par lui-même ou par son rôle dans la phrase à amener ce dénouement ou à renforcer cet effet. »

Or, ces qualités de style qui font le grand écrivain, assurément Poë ne les doit ni à l'alcool ni à l'opium. Tous les alcooliques ont des visions féroces ou fabuleuses, des rêves flamboyants et terribles, d'épouvantables cauchemars ; seul le génie d'un Poë, d'un Hoffmann, d'un Quincey saura utiliser ces matériaux que leur dispense le poison. « Si Poë a donc su transformer en chefs-d'œuvre artistiques des produits franchement vésaniques, constate M. Lauvrière, c'est que sa vigueur émotionnelle, si extravagante qu'elle soit, le cède à sa vigueur intellectuelle ; sa raison lucide triomphe de sa sensibilité exaspérée ; son art dompte sa folie. » L'artiste existait bien avant l'intoxication ; celle-ci n'a pu seulement qu'orienter l'imagination du conteur ; et cette proposition même est encore excessive. Poë aurait pu être, croyons-nous, le conteur fantastique qu'il fut sans le secours d'aucun cauchemar.

Qu'on scrute sa jeunesse, on y décèlera le germe de toutes les qualités et de tous les défauts qui s'épanouiront si magnifiquement à l'avenir, sa sensibilité attristée, sa fougue impulsive et indisciplinée, ses tendances à l'érotomanie, ses obsessions nécrophiliques, son imagination ardente, passionnée, fantasque, son humeur susceptible à l'excès, sombre et ombrageuse, sa supériorité intellectuelle et sa facilité de travail qui le rendent capable, « pour peu que le sujet l'intéresse ou que son amour-propre soit en jeu, d'une intensité d'attention qui lui permet de vaincre les difficultés comme en se jouant et d'accomplir de rapides progrès avec une

aisance surprenante ». A peine entré à l'Université de Virginie, il compose, et ses productions étonnent ses camarades ; ce sont des histoires qui visent à produire le maximum *d'effet* ; on y devine le Poë futur ; ce sont déjà des *histoires extraordinaires*, extravagantes, sensationnelles... En même temps il se révèle poète et, plus tard, quand il trouvera éditeur, il reprendra ses œuvres de jeunesse, les retouchera, les perfectionnera quelque peu et les offrira au public, faute de pouvoir composer de nouveaux poèmes. « Jusqu'en sa maturité, Poë en était ainsi réduit à ruminer sans fin les plus médiocres fruits de sa trop hâtive jeunesse. » Avant l'alcool et avant l'opium, on voit donc « se dessiner de plus en plus nettement le caractère, comme l'esprit, du jeune homme : l'élève réservé, susceptible, volontiers irritable de Richmond, devenait l'étudiant sombre, taciturne, excentrique de Charlottesville, et son âpre désir de primer s'aggravait graduellement de la funeste manie de se singulariser ». (Lauvrière.)

La double intoxication ne créa donc rien chez Poë et ses visions surnaturelles ne lui sont apparues que parce qu'il y était préparé, depuis longtemps, depuis toujours. L'imagination du fantastique conteur eût suffi à les concevoir ; elle n'avait pas besoin de sensations morbides. Et, à supposer que Poë doive à son ivrognerie dipsomaniaque cet indéfinissable frisson d'horreur qu'il fait passer dans certains de ses contes, il a fallu, pour qu'à notre tour nous frissonnions en le lisant, qu'une telle horreur fût auparavant ressentie par un tel génie, seul capable de la traduire et de la communiquer. Pour goûter avec l'opium les extatiques rêveries de Poë, pour contempler d'un œil avide les féeriques panoramas d'un *Pays de Songe*, pour tressaillir d'un poétique effroi devant l'apparition d'une *Ligéia*, pour entendre le « never more » d'un *Corbeau*, il faut d'abord avoir le

génie d'un Poë et cela seul doit donner à réfléchir aux présomptueux qui s'en vont mendier à la sournoise et maléficiense drogue une inspiration qu'ils savent ne point trouver en eux.

Mais Poë, le génial et malheureux Poë, si les artificielles excitations de l'alcool et de l'opium lui assurèrent le gain d'horrifiants et d'obsédants cauchemars dont son talent sut tirer un remarquable parti, il y laissa, comme Coleridge, ses facultés poétiques; le poison tua le poète. Précocement alcoolique et opiomane (1), Poë ne retira de son triste penchant que misère et douleur. Nous ne voulons pas nous attarder davantage à l'étude de sa psycho-pathologie, si magistralement entreprise par M. Lauvrière, mais nous avons le droit de conclure que l'œuvre du poison sur le génie de Poë fut dévastatrice et dégradante au triple point de vue physique, intellectuel et moral; et Poë lui-même avoue confidentiellement que loin de la favoriser le toxique empêchait la méditation et faisait fuir l'inspiration.

(1) P. ã avait goûté à l'opium de très bonne heure, peut-être même dès l'âge de vingt ans comme Quincey. Dans *Al Aaraaf* il parle déjà du délire de l'opium. (*Al Aaraaf, Tamerlane, and minor poems*. Baltimore, 1829.)

M. Lauvrière dit, à la page 169 de sa remarquable étude, que Poë fut un fumeur d'opium. Nous ne voyons là qu'un lapsus et nous croyons, bien que nous ne possédions aucun document particulièrement précis sur ce point, qu'il n'usa de l'opium qu'en ingestion et sous forme, soit de laudanum, soit de morphine prise dans le café.

---

---

# Pathologie.

ESSAI

SUR LA

## VALEUR DE LA CONCEPTION KRAEPELINIENNE

DE LA MANIE ET DE LA MÉLANCOLIE

ENQUÊTE ET CRITIQUE

PAR LES DOCTEURS

**RÉMOND (de Metz)** et **P. VOIVENEL**

Professeur de clinique psychiatrique,

Chef de clinique des maladies mentales,

à la Faculté de Toulouse.

*Suite et fin (1).*

*Lettre du D<sup>r</sup> DUBOIS,  
médecin en chef à l'asile de Clermont-Ferrand.*

Clermont-Ferrand, le 3 septembre 1910.

Très honoré Maître,

Vous me faites l'honneur de me demander de vous formuler mon opinion sur la folie maniaco-dépressive, telle que l'entend Kraepelin. Je réponds volontiers à votre désir, tout en faisant observer, par mesure de probité scientifique, que cette opinion est basée seulement sur dix années de pratique de médecine mentale. Malgré cela, je crois pouvoir émettre un avis, en raison de

---

(1) Voir les *Annales* de novembre-décembre 1910.

l'importance du mouvement général de la population de l'asile de femmes à la tête duquel je me trouve placé, notamment en ce qui concerne l'existence certaine de cas simples, uniques, de manie et de mélancolie.

Dans le rapide coup d'œil que je viens de jeter sur les cas diagnostiqués comme tels, pendant les dix années qui viennent de s'écouler, je m'aperçois que 160 malades sur 1.774 entrées n'ont pas récidivé. Ce sont les formes maniaques qui donnent un pourcentage de guérisons plus élevé. Elles sont dans la proportion de 45,6 contre 23,4 formes mélancoliques.

Je me suis toujours demandé comment Kraepelin pouvait contester la guérison des manies et des mélancolies simples, puisque, leur accès passé, les malades rentrent dans leur famille et échappent par suite à tout contrôle scientifique, à toute observation médicale. Une affirmation non appuyée sur l'observation directe est-elle une affirmation sérieuse?

Ce qui ne paraît pas moins étonnant, c'est le refus de Kraepelin d'admettre le retour de ces malades à l'état normal? Comment juger de l'état normal de quelqu'un?

L'observation scientifique a-t-elle déterminé un état psychologique type, sorte d'étalon, auquel on pourrait rapporter et comparer l'état normal de chacun de nous? L'état psychologique, dit normal, est quelque chose de très relatif et de très personnel, et je crois qu'on peut affirmer, sans crainte de se tromper, qu'un malade a reconstruit son état normal, c'est-à-dire est revenu à la santé, quand il est devenu apte à mener une existence comparable à celle de tout le monde. S'il prend avec habileté la direction de ses affaires, s'il mène une existence heureuse, si ceux qui l'ont connu ne remarquent, la maladie passée, aucun changement en lui, pourquoi lui refuser le bénéfice de l'état normal?

A ce sujet, je tiens à vous rapporter l'histoire suivante :

Il m'a été donné, il y a quatre ans, de soigner un jeune homme de vingt et un ans pour un accès de manie qui dura environ quatre mois. Ce jeune homme, d'une intelligence d'élite, était pourvu du diplôme de licencié ès lettres et avait l'intention de pousser jusqu'à l'agrégation. Quand la guérison fut obtenue, je crus



devoir informer la famille qu'il serait prudent de renoncer désormais à toute étude. Mon avis prévalut un moment. Mais le goût de l'étude ayant reparu très vif, mes objections restèrent bientôt sans écho. Sur ces entrefaites, je devins l'ami de la famille et j'ai pu voir le jeune homme presque quotidiennement et le suivre dans son existence. J'ai connu tous les succès qu'il a remportés depuis que je suis entré en relations avec lui. Il a conquis sans peine l'agrégation. L'effort intellectuel ne lui a jamais été plus facile, ni plus heureux. Il prend part, avec une endurance physique remarquable, à tous les exercices de sport. Il est aussi brillant qu'il l'était avant d'être malade, et s'il se distingue des autres jeunes hommes de son âge, c'est par des qualités. Dans nos conversations, il me parle quelquefois de l'état par lequel il a passé et je fais un profit des réflexions judicieuses qu'il me fait. Dira-t-on que ce jeune homme n'est pas dans son état normal? L'observation que j'ai faite de lui et de sa manière d'être m'a convaincu de la possibilité de reconquérir complètement l'état normal à la suite d'un accès de manie.

Au surplus, je crois qu'on aurait tort d'attacher une trop grande importance à la conception actuelle de Kraepelin sur la folie maniaco-dépressive. Dans cette création, Kraepelin a obéi à la tournure habituelle de son esprit qui est de généraliser; mais cette tendance à la généralisation est, ce me semble, chez lui, un procédé d'étude, une méthode de travail.

En tout cas, j'avoue que mon expérience m'a montré des cas simples, de manie et de mélancolie, cas uniques, sans récédive.

Recevez, très honoré Maître, l'assurance de ma respectueuse considération.

D<sup>r</sup> DUBOIS.

Le D<sup>r</sup> FORTINEAU (de Nantes) nous dit « qu'il partage entièrement l'avis de la plupart des grands cliniciens français au sujet de l'existence de la manie et de la mélancolie pures ».

*Lettre du D<sup>r</sup> JACQUIN, médecin-chef de l'asile de Bourg.*

Sans vouloir discuter longuement sur la théorie kraepelinienne, je me permettrai de formuler mon humble avis en disant que : la folie maniaco-dépressive des Allemands ne paraît pas nous avoir rien appris que nous ne sachions déjà.

Le grand mérite de la conception de Kraepelin, défendue par des disciples souvent plus enthousiastes que le maître, est de nous avoir rappelé qu'il existait une psychose périodique, alterne, circulaire, bien décrite par Hippocrate, connue et acceptée depuis longtemps par les auteurs français.

Elle nous a montré aussi qu'à côté de cette psychose périodique, on pouvait observer, de l'avis même de ses plus chauds partisans, des cas simples et purs de manie et de mélancolie.

Or, nous le savions également, car cela était et est encore de doctrine classique en France.

Enfin, si avec le professeur G. Ballet (*Congrès de Genève, 1907*) on ne croit pas devoir adopter l'expression de « folie maniaque-dépressive », parce que « mal faite et peu élégante », mais qu'on la remplace par le terme bien français de psychose périodique, je me demande alors ce qu'il reste des conceptions du savant psychiatre allemand.

D<sup>r</sup> G. JACQUIN.

*Lettre du D<sup>r</sup> LAGRIFFE, de l'asile de Quimper.*

Quimper, le 16 février 1910.

Mon cher Ami,

Ci-joint deux observations concernant des malades ayant présenté des accès de manie pure. Je préfère vous adresser des cas à accès parce que ce sont encore les plus typiques, parce qu'ils portent généralement sur une très longue période d'observation et permettent d'affirmer que l'on rencontre encore des cas dans lesquels deux accès maniaques peuvent se suivre sans interruption aucune de période dépressive.

La conception de Kraepelin, qui d'ailleurs est loin d'être admise par tout le monde et qui justement a pour principaux adversaires dans ce qu'elle a de trop absolu les aliénistes purs, c'est-à-dire ceux qui vivent exclusivement dans les asiles et non pas dans les services de répartition, est comme je l'ai déjà dit purement doctrinale. Des hommes comme Ritti, comme le professeur Bianchi de Naples, comme Da Rocha de Saint-Paul du Brésil, Magnan, Ballet, Régis, Arnaud, Calterre, Tanzi, Soukhanoff, dont l'opinion n'est pas à dédaigner, estiment que la manie et la mélancolie existent à l'état de pureté. Ces deux affections ou ces deux syndromes comme l'on voudra sont évidemment plus rares aujourd'hui qu'autrefois, parce qu'un certain nombre de faits qui rentraient dans leur cadre sont aujourd'hui mis sur le compte de l'alcoolisme et de la démence précoce. Mais leur rareté ne saurait empêcher leur existence. Les motifs que l'on peut avoir d'admettre cette existence ne peuvent prendre leur origine que dans les cliniques, et si le professeur Kraepelin n'a jamais observé aucun de ces cas, cela ne voudrait évidemment pas dire qu'ils n'existent pas.

La conception de Kraepelin, appliquée aux cas qui semblent douteux, repose sur ce fait que très souvent, avant ou après, ou avant et après l'accès maniaque, on observe un stade de dépression fort court. Cela ne nous paraît pas justifier la dénomination, appliquée à ces cas, de folie maniaco-dépressive. C'est en pathologie générale la période d'état qui donne sa caractéristique et son nom à la maladie. Le fait que, par exemple, la cirrhose atrophique du foie commence par une phase très courte, mais évidente, lorsque l'observation peut se faire de bonne heure, d'hypertrophie légère du foie, ne permet pas de dire que la maladie de Laënnec n'est pas une atrophie, mais une hypertropho-atrophie. Les centres nerveux de celui qui va faire un accès maniaque sont d'abord sidérés par la cause. C'est une période de méditation, d'attente; puis, lorsque les centres ont pu s'habituer un peu à cette cause, ils répondent: accès maniaque, qui constitue la période d'état, c'est-à-dire véritablement la maladie; lorsque la cause cesse, il y a épuisement, et cet épuisement se traduit par une

phase de dépression ; comme la fièvre typhoïde, la manie guérit brusquement ou progressivement et ce sont justement les cas dans lesquels la guérison est progressive qui se terminent par une phase dépressive. Les cas de mélancolie pure sont peut-être encore plus nets et particulièrement ceux qui surviennent après l'accouchement. L'observation II, page 78 de la seconde édition du précis de M. Rémoud, concerne une malade dont j'ai conservé un exact souvenir. Elle vint me voir dès sa sortie de Braqueville, je la revis souvent depuis, jusqu'en 1903, et je puis affirmer que la crise de mélancolie ne se termina nullement par un accès même d'hypomanie. C'était à n'en pas douter une mélancolie pure.

On peut, si l'on veut, conserver le mot de Kraepelin pour remplacer celui de folie circulaire, mais cependant nous ne voyons pas l'avantage qu'il y aurait à changer de nom.

Que l'on y prenne bien garde, l'adoption de la démence précoce, qui n'est, comme on l'a dit, ni toujours démence ni toujours précoce, a abouti à ce résultat qu'actuellement tout ce qui était autrefois délire de dégénérescence est en train de passer dans la démence précoce ; il n'y a qu'un changement de mot en attendant un démembrement prochain. Un jour viendra aussi où tout ce qui constituait la manie, la mélancolie, les folies périodiques, intermittentes et circulaires étant passé dans la folie maniaco-dépressive, il y aura un chaos tel qu'il faudra en revenir aux dénominations anciennes. Evidemment la conception kraepelinienne est commode au point de vue du diagnostic, mais elle n'empêche pas les cas de manie et de mélancolie pures observés par de vieux praticiens comme Ritti, comme Bianchi et autres, d'exister : il faut, ou bien accepter ces cas ou admettre l'impéritie ou la mauvaise foi des observateurs ; mais alors ne pourrait-on pas retourner ces arguments aux partisans de Kraepelin ?

Croyez, je vous prie, mon cher ami, à mon affectueux dévouement.

D<sup>r</sup> LAGRIFFE.

Si je ne vous donnais que des observations de manie

à accès unique, on pourrait répondre qu'il n'est pas prouvé qu'un accès de mélancolie ne pourra pas se déclarer un jour. Tout se résume en effet en ceci : y a-t-il ou non forcément alternance des deux états ? Pour moi, je réponds non.

*Lettre du D<sup>r</sup> JEAN LÉPINE, professeur agrégé  
à la Faculté de Lyon, médecin des asiles.*

Lyon, 4 septembre 1910.

Mon cher Maître,

..... Il y a trop de circonstances dans lesquelles les manifestations mentales ont le caractère périodique, ou intermittent, pour qu'il soit prudent d'attribuer ce caractère à une constitution cyclothymique commune.

Parmi les périodiques, certains évoluent perpétuellement entre l'état d'excitation et celui de dépression ; leurs intervalles normaux sont rares et incomplets ; ces malades sont des *oscillants*. Ils me paraissent être très rares. Leur état, exagération extrême d'une disposition physiologique, peut s'expliquer par une constitution originelle, mais je crois que cette « constitution » dépend elle-même beaucoup des intoxications héréditaires, des maladies du jeune âge et de l'éducation. Elle est certainement aggravée par les circonstances (toxi-infectieuses surtout).

La très grande majorité des périodiques me semblent être beaucoup plus simplement *des récidivants*. A l'origine de chaque récurrence, on peut souvent trouver un état organique ou émotionnel. S'il paraît manquer, s'il est, en tout cas, insignifiant, il ne s'agit certainement pas de l'une des premières atteintes chez l'individu considéré.

Plus il y a de récurrences, plus les causes occasionnelles perdent de l'importance. Ici la constitution cyclothymique est acquise. Ce n'est pas un « quid divinum » originel, c'est une application de la loi biologique de l'habitude. Chez ces malades la réceptivité des cellules corticales s'accroît à chaque incident nouveau. *C'est de l'anaphylaxie cérébrale.*

Ce qui le montre, c'est l'influence des maladies ana-

phylactisantes (la syphilis notamment). C'est surtout le fait qu'en intervenant énergiquement, en traitant l'arthritisme, ou en provoquant une réaction violente de l'organisme, par exemple par des injections de nucléinate de soude, on peut parfois interrompre l'accès.

Du moment où l'on peut modifier une tendance périodique, la thèse cyclothymique pure devient insuffisante.

JEAN LÉPINE.

*Lettre du D<sup>r</sup> LEVASSORT, médecin-chef  
de l'asile de Caen.*

Caen, le 27 août 1910.

Très honoré Maître,

Je m'empresse de vous exprimer mon opinion sur la conception de Kraepelin au sujet de la psychose maniaque dépressive. Sa valeur est mince, n'étant qu'énoncée, sans l'appui de documents et de faits cliniques; aussi ma lettre n'a-t-elle d'autre but que de vous exprimer ma conviction avec les mobiles qui m'ont amené à l'adopter.

J'ai été très « Kraepelinien » et la psychose maniaque dépressive m'avait fort séduit par sa simplicité; mais je dus bientôt reconnaître que cette synthèse, théoriquement très attrayante, ne s'appliquait en réalité qu'à un très petit nombre de malades. Dans la majorité des cas, l'aspect clinique est celui d'un accès maniaque ou d'un accès de mélancolie francs.

Je reviens donc à la conception, moins élégante peut-être, mais à mon sens plus conforme à la réalité, des psychoses intermittentes et alternes.

Veuillez agréer, très honoré Maître, les expressions de mes respectueux sentiments.

D<sup>r</sup> J. LEVASSORT.

*Lettre du professeur MAIRET, de Montpellier.*

Mon cher Collègue,

Je regrette que le temps me manque pour vous envoyer les documents que vous voulez bien me

demander ; le déménagement que je viens de faire pour passer de l'ancien au nouvel asile m'a obligé à bouleverser tous mes dossiers et il me faudrait plusieurs jours pour réunir ceux qui vous seraient nécessaires. Heureusement, il vous sera facile de détruire l'erreur que vous me signalez, car, comme vous le dites, la clinique est si affirmative au sujet de l'existence de la manie et de la mélancolie pures, qu'il n'y a qu'à regarder autour de soi pour être convaincu, surtout à regarder dans le service des femmes chez lesquelles les états nerveux purs se dégagent mieux que chez les hommes où ils sont plus volontiers associés. Il n'en est pas moins vrai que je vous félicite de lutter, car les théories récentes déteignent sur nos élèves, même sur ceux qui m'entourent ; ils hésitent à porter, par exemple, carrément le diagnostic de manie : j'en ai eu la preuve pas plus tard qu'hier. Je faisais examiner, par l'un d'eux, une maniaque. Il avait mis en relief tous les symptômes propres à la manie pure : animation du regard, physionomie exprimant l'intelligence, succession rapide des idées, attention difficile à fixer, mobilité des sentiments, intelligence conservée dans son fond, sentiment de force, pas d'idées prédominantes, agitation musculaire, etc., etc., et je m'attendais, en présence d'un semblable ensemble symptomatique, à ce qu'il portât, sans hésiter, le diagnostic de manie. Il n'en fut rien ; il s'arrêta simplement à celui d'agitation maniaque. Je m'étonnai, mais il me dit que devant probablement se présenter à l'adjuvat, il craignait de porter le diagnostic de manie, la majorité de ses juges pouvant ne pas admettre ce genre de folie, à cause des théories régnantes. Je le rassurai en lui disant qu'il n'avait qu'à le justifier et, lui faisant passer en revue les différents états pathologiques dont l'agitation maniaque présentée par la malade pouvait être un des symptômes : alcoolisme, hystérie, épilepsie, lésions organiques, etc., je l'amenai à reconnaître qu'on ne pouvait la subordonner à aucun d'eux, tandis qu'elle avait tous les caractères que l'École française attribue à la manie pure, et ainsi, par la clinique, il justifiait son diagnostic et, chose importante, dégageait son pronostic et son traitement. J'espère que si mon jeune homme va an

concours et s'il se trouve en présence d'un cas semblable à celui qu'il examinait, il suivra la voie que je lui ai indiquée. Mais, il la suivra d'autant plus sûrement qu'il sentira que l'Ecole française a des défenseurs convaincus et autorisés, et, par suite, votre intervention est on ne peut plus justifiée.

Avec tous mes regrets que les circonstances m'empêchent de vous être aussi agréable que je l'aurais désiré, etc.

MAIRET.

Montpellier, le 13 février 1910.

*Lettre du D<sup>r</sup> MALFILATRE, médecin-directeur  
de l'asile de Saint-Lizier.*

Saint-Lizier, 18 février 1910.

Très honoré et cher Coufrère,

Comme vous je crois fermement, après vingt-cinq ans de pratique des aliénés, que la mélancolie et la manie sont des entités cliniques qui doivent être conservées jusqu'au jour où aura été démontrée leur dépendance de lésions anatomo-pathologiques identiques.

Nombreux sont les cas où : soit le syndrome maniaque, soit le syndrome mélancolique, se continue et se répète à chaque rechute avec des caractères toujours semblables et sans mélange.

Evidemment on observe — en dehors de la folie circulaire — des formes changeantes correspondant à la description de Kraepelin ; mais est-ce là une raison suffisante pour conclure à une anomalie, à une évolution tronquée quand, par exemple, ce que nous avons l'habitude de désigner sous le nom de manie ne s'écarte pas de la forme classique et omet de revêtir le moindre caractère du syndrome mélancolique ?

Il ne faut pas confondre les phénomènes d'épuisement avec les troubles affectifs !

De même qu'il est mauvais de multiplier les entités morbides et d'élever les variétés à la hauteur d'espèces, de même ne faut-il pas chercher à trop élargir le cadre



des espèces. Autrement ce serait risquer de rendre plus confuse la psychiatrie qui l'est déjà suffisamment.

Veuillez croire à mes sentiments confraternels les meilleurs.

D<sup>r</sup> MALFILATRE.

*Lettre du D<sup>r</sup> MARCHAND, médecin-chef à Charenton.*

Saint-Maurice (Seine), le 13 février 1910.

Monsieur et très honoré Collègue,

J'ai résumé dans mon Manuel les principales objections que l'on pouvait faire aux conceptions trop synthétiques de Kraepelin. J'ai pu observer nombre de cas de manie et de mélancolie pures ; je persiste à considérer qu'à côté des psychoses périodiques (appellation excellente !) il existe des cas de manie et de mélancolie franches. Les partisans de la doctrine de Kraepelin s'appuient sur ce fait qu'il est exceptionnel de voir des accès de manie sans phase mélancolique et, réciproquement, des accès de mélancolie sans phase maniaque. A moins que les maladies mentales évoluent différemment en Allemagne qu'en France, je crois qu'il n'est pas de cliniciens qui, chaque jour, n'aient dans leur service des cas de manie sans phase mélancolique et réciproquement. Pour ma part, j'ai relevé à l'asile de Blois de nombreuses observations répondant à ces types et que j'aurais pu vous communiquer ; mais j'ai quitté Blois depuis plusieurs mois et je n'ai pas ces observations sous la main.

Depuis que je suis ici, j'ai pu suivre un certain nombre de mélancoliques (femmes) ; parmi celles-ci, j'ai une mélancolique qui, guérie de son accès, va sortir de mon service à la fin du mois. Cette malade, que j'ai pu suivre journellement depuis le début de sa maladie, n'a jamais eu de symptômes maniaques. Je pourrai vous envoyer son observation.

Kraepelin et ses partisans s'appuient sur les récives fréquentes des accès maniaques ou mélancoliques pour considérer les maniaques et les mélancoliques comme atteints de folie maniaque dépressive ; il suffit

qu'un malade ait un accès de manie à dix-huit ans et un autre à soixante ans pour dire que le malade est atteint de psychose maniaque dépressive.

Appliquant ces conceptions à la médecine générale, on pourrait considérer toutes les maladies comme périodiques, moins toutefois celles qui confèrent l'immunité. Je ne connais pas encore de clinicien qui ait désigné d'un nom nouveau les bronchites et les érysipèles à répétition par exemple.

Il est bien des arguments et surtout des faits à opposer à la théorie de Kraepelin, et je suis convaincu que nos vieilles traditions resteront inébranlables.

Je vous remercie d'avoir bien voulu me demander mon opinion sur ce sujet tout d'actualité et vous prie, Monsieur et très honoré collègue, d'accepter l'expression de mes meilleurs sentiments.

D<sup>r</sup> MARCHAND.

*Lettre du D<sup>r</sup> MAUPATÉ, médecin-chef de l'asile d'aliénées de Bailleul.*

Bailleul, le 30 août 1910.

(Réponse à une enquête de M. le professeur Rémond au sujet de la folie maniaque-dépressive de Kraepelin.)

1° Au point de vue de la dénomination, je préfère celle de psychose périodique, pour les motifs exposés par M. le professeur Ballet au Congrès de Genève (août 1907).

2° De plus en plus, la manie et la mélancolie aiguës me paraissent des maladies périodiques, récidivant en général. Au point que, maintenant, mes certificats sont ainsi formulés : « Est atteinte de manie (ou de mélancolie) paraissant liée à une psychose périodique ayant déjà nécessité... tant d'internements. »

Les cas, *rare*s, où je ne connais pas d'internements antérieurs ne me semblent pas infirmer cette règle, car il peut s'agir d'un premier accès ; ou bien les accès antérieurs peuvent avoir été traités dans d'autres asiles, — ou avoir été assez atténués pour ne pas nécessiter d'internement (il est, d'ailleurs, souvent difficile d'être

renseigné exactement sur les antécédents des malades). Enfin, le fait qu'un malade n'aurait qu'un accès dans sa vie ne me paraît pas prouver qu'il n'est pas atteint d'une maladie généralement (et même essentiellement) périodique et intermittente ; de même que si un individu n'avait qu'un accès d'impaludisme dans sa vie, on ne serait pas en droit d'en inférer qu'il n'a pas la même maladie que ceux, très nombreux, qui sont atteints de fièvres intermittentes, rémittentes, etc.

3° Je n'ai pas d'opinion arrêtée au sujet des accès antérieurs ou des récurrences chez les malades atteintes de « mélancolie d'involution ou présénile ». (En d'autres termes je me demande encore si elle doit être rattachée à la psychose périodique ; les personnes qui en sont atteintes présentent peut-être plus rarement des accès antérieurs maniaques ou mélancoliques.) Même remarque pour le délire mélancolique des séniles (y a-t-il coexistence de deux maladies mentales, avec guérison difficile à cause du terrain défectueux ?).

4° La récurrence ne paraît avoir lieu généralement sous la même forme (manie et mélancolie intermittentes) ; la récurrence sous la forme opposée (un accès mélancolique après plusieurs accès maniaques, séparés par des périodes lucides, ou inversement) est plus rare.

5° Les types « circulaire » (sans intervalles lucides), et à « double forme » (manie-mélancolie ou mélancolie-manie, suivies d'intervalle lucide), m'ont paru rares, du moins quand les deux phases sont nettement caractérisées. Par contre, il m'a semblé fréquent de voir la manie précédée ou suivie d'une phase de *légère* dépression, pouvant durer parfois quelques mois, et, réciproquement, de voir une phase de surexcitation succéder à une phase nette de mélancolie. Les phases doivent-elles faire penser que tout accès maniaque ou mélancolique n'est qu'un élément ou une phase d'un accès à double forme, dont l'autre élément (mélancolique ou maniaque) passe presque inaperçu ? Je ne puis l'affirmer. En tout cas ces phases sont très atténuées, au point que les parents d'une maniaque devenue *légèrement* déprimée et peu loquace s'occupant néanmoins assez régulièrement, etc., la regardent comme guérie, et prétendent qu'elle est revenue à l'état normal. De même il n'est

pas exceptionnel de voir une phase de légère surexcitation succéder à une phase nettement mélancolique, et être prise par la famille pour la guérison. Cette explication est-elle bonne ? Il serait intéressant de voir si les maniaques et les mélancoliques sont plutôt excités ou déprimés au cours de périodes lucides, et si les accès maniaques ou mélancoliques sont l'exagération de leur caractère habituel, ou, comme le prétendent parfois les parents, si ceux que nous voyons maniaques à l'asile sont plutôt déprimés à l'état normal, et réciproquement.

En tout cas, je suis de plus en plus persuadé que les accès d'excitation et de dépression sont souvent liés deux par deux, l'un des deux étant parfois très atténué ; et longtemps avant de connaître la théorie de Kraepelin, j'ai constaté plus d'une fois qu'un sujet étiqueté dépression mélancolique à son entrée, était maniaque à la quinzaine et inversement.

6° Les « mixtes » (coexistence de symptômes maniaques et mélancoliques, ou leur succession à quelques heures d'intervalle, et pour quelques heures chez le même sujet) me paraissent exister, mais je ne me donne jamais la peine de faire des diagnostics de stupeur maniaque, de manie improductive, etc. ; le diagnostic de psychose périodique (à prédominance maniaque ou mélancolique) une fois fait, je me contente d'énumérer les symptômes observés, les questions de science pure n'ayant aucun intérêt pour nous qui n'avons à voir les malades qu'un point de vue pratique de leur internement, de leur traitement, de leur responsabilité et de leurs chances de guérison.

7° Quant à la psychologie des maniaques et des mélancoliques, il me semble que l'école de Kraepelin a dit des choses exactes au milieu de choses paradoxales. Il me semble que les troubles de l'association des idées sont bien différents dans la manie et dans la mélancolie ; que si ces deux syndromes présentent des troubles de l'activité, ces troubles ne sont pas les mêmes, etc.

*Lettre du D<sup>r</sup> MONESTIER,  
médecin-directeur de l'asile de Pau.*

Pau, 13 février 1910.

Mon cher Confrère,

L'existence de la manie et de la mélancolie comme syndromes isolés ne font aucun doute pour moi.

Les cas de guérison de ces psychoses se maintenant pendant des dix, quinze et vingt ans ne sont pas rares dans la manie sans apparition, pendant ces longues périodes, de dépression mélancolique. Nombreux sont aussi les cas de mélancolie guéris qui n'ont jamais été suivis d'accès maniaques.

La folie maniaque dépressive de Kraepelin existe pourtant : c'est notre vieille folie à double forme.

Je n'ai malheureusement pas d'observations bien complètes à vous envoyer ; vous savez qu'il est bien difficile d'obtenir dans les asiles que les observations soient complètement prises.

Bien confraternellement vôtre.

D<sup>r</sup> MONESTIER.

*Lettre du D<sup>r</sup> OLLIVIER, médecin-chef de l'asile de Lehon,  
près Dinan (Côtes-du-Nord).*

28 août 1910.

Mon cher Confrère,

... Je me contenterai de vous dire que mes faveurs vont à ceux qui voient dans la manie et la mélancolie deux entités morbides distinctes, souvent indépendantes et bien isolées l'une de l'autre. Du fait qu'on rencontre chez le même sujet la simultanéité ou l'alternance des symptômes propres à chacune de ces deux formes, il ne résulte pas qu'on soit autorisé à généraliser et à prendre toujours la manie et la mélancolie pour des manifestations d'un même état pathologique.

L'observation courante prouve que des maniaques,

des mélancoliques guérissent qui n'ont jamais présenté des variations susceptibles d'éveiller l'idée d'une unité d'origine.

Venillez, etc.

D<sup>r</sup> OLLIVIER.

*Lettre du professeur RÉGIS, de Bordeaux.*

Bordeaux, le 14 février 1910.

Cher Ami,

Je suis très heureux que vous vous disposiez, vous et Voivenel, à défendre la cause de la manie, de la mélancolie et de la folie cyclique.

Il y a, dans la théorie de la folie maniaque dépressive de Kraepelin, grossie sans doute par ses adeptes français, quelque chose de tellement absolu qu'on en reviendra sans doute. J'ai dit personnellement ce que j'avais à en dire et j'attends patiemment que la période d'emballement soit passée. Il se pourrait fort que nous assistions alors à une réaction excessive, car tout est excessif, vous l'avez remarqué, dans ce qui nous vient de Munich, en passant par Paris. Voyez la démence précoce : Il n'y avait que cela et on ne jurait que par cela il y a quelques années ; aujourd'hui, ses promoteurs en parlent à peine, la font figurer dans leurs statistiques avec des chiffres qui ont fléchi de façon incroyable, et c'est nous qui avons fait un sort, le sort légitime à cette psychopathie. J'ai contribué à sauver ce qui me paraissait devoir subsister de la dégénérescence, du délire chronique, de la démence précoce. C'est nous, ou nos élèves qui sauveront un jour ce qui devra rester de la folie maniaque-dépressive. Vous verrez.

Donc, je suis très heureux que vous défendiez, à Toulouse, la bonne cause et je suis sûr que vous le ferez admirablement.

Je vous envoie, en plus du tirage à part de ma communication au Congrès de Genève, qui résume sur ce point mon opinion qui n'a pas varié, deux autres documents : la thèse de mon élève Rivière et surtout celle de Validire. Je vous recommande tout particulièrement

ce petit travail. Il ne paie pas de mine, mais il est, à mon sens, des plus significatifs. L'auteur l'a fait avec un soin, une conscience, une impartialité au-dessus de toute critique. C'est vraiment un document et un document probant.

Ma statistique de Genève avait étonné mon ami Ballet. Les statistiques données à Paris et où peu à peu, la proportion des récidives arrive à 100 pour 100, ne laissent pas que de m'étonner aussi.

Les documents que je vous envoie, joints aux vôtres, vous dispensent de citer des faits isolés dans la discussion. Chacun de ces faits se résume d'ailleurs en ceci que, chez un malade âgé de plus de quarante-cinq ans, l'accès observé était le premier.

J'ai fait relever ce matin, à votre intention, les cas au-dessus de quarante-cinq ans constituant un premier accès, qui sont passés dans mon petit service de clinique depuis sa fondation. J'en ai trouvé *douze* très nets, relatifs à des malades dont l'âge varie entre quarante-cinq et soixante-six ans. Ce sont tous des mélancoliques, ce qui s'explique par ceci — en grande partie — que je ne reçois pas les maniaques dans mon service, sauf exception, en raison de leur agitation.

Mais, si j'admets avec Ballet qu'au point de vue de la récidive, il faut faire une différence entre la mélancolie et la manie (ce qui prouve, entre parenthèses, que les deux états ne sont pas si identifiables, l'un à l'autre qu'on veut bien le dire), je connais des cas avérés de manie qui n'ont jamais récidivé. Mes trente-trois ans de passé psychiatrique me permettent de dire que j'ai soigné, il y a quinze, vingt ans et plus des maniaques, dont certains constamment suivis par moi depuis, n'ont jamais récidivé et occupent des fonctions très difficiles et très délicates. Je crois que tout vieux psychiatre doit avoir derrière lui quelques faits de ce genre. Un seul suffirait pour démolir l'obstacle de la théorie de la folie maniaque dépressive.

Bien à vous.

RÉGIS.

*Lettre de M. le D<sup>r</sup> ANT. RITTI, médecin honoraire  
de la Maison nationale de Charenton.*

Paris, 15 septembre 1910.

Mon cher Confrère,

Vous voulez bien me demander de donner mon avis sur la théorie de la folie maniaque-dépressive, récemment importée d'Allemagne et qui divise les aliénistes français, comme d'ailleurs ceux de son pays d'origine ; car, quoi qu'on en dise l'accord, est loin d'être établi sur les idées du professeur de Munich, et les dissidents sont aussi nombreux que les adhérents. C'est que cette théorie, toute séduisante qu'elle paraisse, pêche par bien des points, surtout en ce que, vue ingénieuse de l'esprit, conforme à l'observation d'un certain nombre de faits, elle a fini par en englober une multitude, mais disparates.

Qu'était, en effet, au début, la folie maniaque-dépressive, sinon un mélange (*Mischzustand*) de ces deux états opposés : manie et mélancolie ? Il s'agissait, en réalité, de ces cas rares, hybrides en quelque sorte, où l'on voit les symptômes d'excitation et de dépression se mêler, s'enchevêtrer. C'est autour de ces cas que sont venus petit à petit se grouper la manie et la mélancolie simples, la manie et la mélancolie périodiques, et, comme si mélange voulait dire succession ou alternance, la folie à double forme et la folie circulaire. Lorsque j'étudiais le rudiment sur les bancs du collège, notre professeur ne manquait jamais d'ajouter, après avoir insisté sur telle ou telle exception grammaticale : « Mais l'exception prouve la règle. » Dans la théorie de la folie maniaque-dépressive, l'exception a, au contraire, fait la règle.

On conçoit aisément que pour faire accepter un tel groupement, si peu conforme à l'observation clinique, il importait de le justifier par une idée générale, et voici celle que le professeur Kraepelin propose : La manie et la mélancolie, l'excitation et la dépression ne seraient pas ce qu'un vain peuple a pensé jusqu'ici : ce



ne seraient plus deux états opposés, différents, contradictoires en quelque sorte, ou, si l'on préfère, hétérogènes; mais deux états identiques, homogènes, ayant au fond des caractères psychologiques identiques. Et voilà justement ce qu'il s'agirait de démontrer!

On voit que la théorie de la folie maniaque-dépressive repose en somme sur deux pétitions de principe, sur deux points fondamentaux qu'on considère pour vrais alors qu'il s'agit de les démontrer: d'abord qu'il n'existe pas de manie simple et de mélancolie simple; et, ensuite, que la manie et la mélancolie sont au fond deux états identiques.

En ce qui concerne le premier point, la clinique a parlé et parle tous les jours. Tout récemment encore, mon savant et excellent ami le D<sup>r</sup> Victor Parant père s'est fait son interprète en un article suggestif qui a paru généralement des plus démonstratifs, si ce n'est peut-être pour ceux qui ont leur siège fait et préfèrent, à la longue et patiente observation, la théorie facile et décevante.

Quant à l'identification de la mélancolie et de la manie, est-ce trop s'avancer que de dire que c'est une pure hypothèse qui, pour être acceptée, demanderait des preuves plus évidentes que celles données jusqu'ici. En attendant cette démonstration, qui ne laisserait aucune place au doute, j'essaierai de rechercher le germe de la théorie du professeur Kraepelin. En Allemagne, pays des dernières grandes constructions métaphysiques, la philosophie ambiante a, plus que partout ailleurs, influé sur les théories scientifiques. Je suis donc assez porté à croire que le maître de Munich, imbu du système de Hegel, a cherché à l'appliquer à la médecine mentale. L'identification des états maniaques et mélancoliques, n'est-ce pas la conciliation des contradictoires, un des fondements de la *Logique* du célèbre philosophe allemand? N'est-ce pas un rêve d'Hegel réalisé? La thèse (manie) et l'antithèse (mélancolie) se mêlent et se confondent en une admirable synthèse (folie maniaque-dépressive)!

J'estime, en terminant, que la médecine mentale française, très riche de son propre fonds, ne doit adopter les théories, plus ou moins séduisantes, d'où qu'elles

viennent, que sous bénéfice d'inventaire. Qu'on les soumette à la pierre de touche d'une sévère observation clinique, et alors on verra que si elles ont parfois une part de vérité, elles sont souvent aussi trop hâtives et, par suite, stériles.

Veillez agréer, etc.

ANT. RITTI.

*Lettre du D<sup>r</sup> SUTTEL, médecin de l'asile du Puy.*

Le Puy, 26 août 1910.

Monsieur le Professeur,

Je viens, suivant votre désir, vous exprimer ma modeste opinion sur la question si controversée de l'existence de la manie et de la mélancolie simples, opinion uniquement basée sur une observation de six années à l'asile du Puy.

Pour ma part, je crois à la très grande fréquence de la maniaco-dépressive. Toutefois, cette fréquence ne saurait exclure les cas bien nets de manie et de mélancolie simples, la manie pure étant, à mon avis, moins répandue que la mélancolie.

Quant à la question de la guérison, ma trop courte expérience ne saurait me permettre d'être catégorique sur ce point.

Veillez agréer, etc.

D<sup>r</sup> SUTTEL,

Médecin-adjoint à l'asile du Puy.

#### IV.

Nous avons reçu, en plus des lettres qu'on vient de lire, un certain nombre de statistiques.

M. Chevalier-Lavaure s'est donné la peine de faire relever, à l'asile d'Auch, les cas de manie et de mélancolie simple qui y sont passés depuis trente ans. La statistique qu'il nous a fourni comporte un total de 828 cas, de 1879 à 1908 non inclus. Ce nombre se

divise en plusieurs groupes. Dans un premier, viennent se ranger des malades qui ont présenté constamment des phénomènes purement mélancoliques. Ils sont au nombre de 265, dont 94 ont guéri. Il ne s'agit, bien entendu, que des malades que leur situation aurait fait revenir à l'asile en cas de rechute.

La statistique a été arrêtée à la fin de 1907 pour ne pas tomber sur des cas dont la guérison eût été de par trop courte durée.

Les cas de manie sont au nombre de 366. Il faut bien comprendre que dans ces observations rentrent un très grand nombre de faits où le malade a succombé en quelques semaines à une infection ; ces cas rentraient donc dans le délire aigu. 122 de ces malades sont entrés dans la chronicité sans jamais devenir mélancoliques ; sur ce nombre, 97 sont morts à l'asile et 25 s'y trouvent encore. 13 malades ont présenté de la manie à rechute, dont 6 sont morts ; 2 sont encore à l'asile et 5 sont sortis guéris.

Enfin, 106 malades ont présenté des accès maniaques à évolution rapide, ces accès, restés uniques, se sont terminés par la guérison.

3° 190 malades ont présenté des formes intermittentes et circulaires. 107 d'entre eux sont morts à l'asile, 27 y sont encore, 29 sont sortis en intervalle lucide et 34 avec la mention guéri.

— M. le D<sup>r</sup> Arsimoles, médecin-adjoint à l'asile de Saint-Venant, a bien voulu relever toutes les entrées de janvier 1888 à janvier 1908 : soit un chiffre global d'admissions de 2.568 malades. Sur ce nombre, M. Arsimoles a relevé 298 malades atteints de manie ou de mélancolie, après avoir éliminé tous les cas survenus à l'âge sénile ou présénile, tous ceux où la mort est venue interrompre le séjour à l'asile, tous les états maniaques ou mélancoliques symptomatiques de démence précoce,

de paralysie générale, etc., enfin tous ceux se rattachant à l'alcoolisme, à la puerpéralité ou à une infection organique quelconque.

Ces 298 malades ont été internés : 111 par leur famille et 187 par arrêté préfectoral. Des 111 malades placés volontairement à l'asile et atteints soit de manie, soit de mélancolie, 58 ont été l'objet d'un seul internement, 53 ont présenté des récives. Sur les 58 internés une seule fois, M. Arsimoles a cru en devoir supprimer 9, dont les certificats portaient le terme de folie circulaire, bien que ces malades soient sortis améliorés pour ne plus revenir. Il reste ainsi 49 malades ayant eu un seul accès, contre 53 ayant récidivé.

Parmi les 187 aliénés placés d'office, 89 ont présenté plusieurs accès, 98 ont subi un seul internement, mais sur ce nombre 17 avaient été, au moment du placement, considérés comme des intermittents ou des circulaires.

M. Arsimoles estime donc que l'on ne doit tenir compte que de 81 malades n'ayant eu qu'un seul accès de manie ou de mélancolie.

Ces chiffres donnent les pourcentages globaux que voici :

52,20 p. 100 de malades ayant récidivé d'une façon certaine.

47,80 p. 100 de malades n'ayant eu qu'un seul accès.

M. Arsimoles insiste sur les difficultés d'une pareille enquête, mais l'extrême conscience qu'il a apportée à la critique de ces résultats nous permet cependant de leur attribuer une très grande valeur.

— M. le D<sup>r</sup> Malfilatre, médecin-directeur de l'asile de Saint-Lizier, nous a adressé la statistique des malades atteints de manie et de mélancolie aigné, entrés de 1896 à 1909 inclus, et dont la maladie a toujours conservé la même forme.

Dans le total des entrants, n'ont pas été compris les malades transférés d'un autre asile. Cette statistique comprend : 33 maniaques entrés, dont 4 décédés ; 4 chroniques présents, 2 présents améliorés et internés à la fin de 1909, 6 sortis améliorés et 17 sortis guéris.

Le nombre des mélancoliques admis pendant la même période a été de 27. Sur ce nombre, 11 sont morts, 4 passés à l'état chronique sont présents à l'asile, 2 sont sortis par transfert, 3 sont sortis améliorés et 6 sont sortis guéris.

Enfin, 1 malade est sorti sans être amélioré.

— Nous ne pouvons mieux faire que de rapprocher de ces chiffres ceux qui ont été publiés (*Annales médico-psychologiques*, mai-juin 1910, p. 365) par le Dr Parant père. Cette statistique porte sur 181 cas qualifiés manie, qui lui sont passés par les mains. De ce nombre, 70 p. 100 sont restés incurables, 13 p. 100 ont présenté de la périodicité, et 17 p. 100 sont constitués par des cas de manie simple non récidivante.

— Déjà, en 1908, M. Validire (thèse de Bordeaux), analysant une statistique de 1.251 cas de manie ou de mélancolie traités à l'asile de Brenty-la-Couronne (Charente), pendant une période de quarante-deux ans, a constaté sur ce total que 504 malades, n'ayant jamais eu qu'un seul accès, sont sortis de l'asile guéris et n'y sont jamais revenus. Ces cas se décomposaient ainsi :

227 cas de manie simple sans rechute.

227 cas de mélancolie simple sans rechute.

Il a relevé en outre :

111 manies récidivées.

156 mélancolies récidivées.

114 folies à double forme.

Le même auteur cite dans son travail les chiffres fournis par Otto Hinrichsen, de Zurich, qui a relevé :

51 cas sans récidive sur 284 cas de manie, et d'après

lequel la proportion des cas de guérison dans les observations datent de plus de vingt ans est de 47 p. 100.

— La même année, paraissait également, sous l'inspiration de M. le professeur Régis, la thèse de Rivière, où se trouve citée la statistique déjà fournie au Congrès de Genève, en 1907, par M. Régis, et qui a trait aux observations relevées de 1882 à 1907 à la maison de santé du D<sup>r</sup> Lalanne. Il y a là une série de 181 cas, dont 48 cas de manie simple (31 hommes, 17 femmes), tous sans aucune récurrence, ni antérieure, ni postérieure. Soit un total de 134 cas de manie et de mélancolie sans récurrence (74 p. 100), et 47 cas de manie ou de mélancolie ou de folie à double forme ayant récidivé (26 p. 100). En étudiant plus particulièrement, parmi ces malades, ceux qui avaient dépassé cinquante ans, et qui étaient au nombre de 46, on retrouve une proportion sensiblement analogue, c'est-à-dire 71,7 p. 100 sans récurrence et 23,3 p. 100 avec récurrence.

M. Rivière a recherché en outre les chiffres fournis par le service d'isolement de Saint-André, de Bordeaux. Il a relevé 74 cas (19 hommes, 55 femmes), dont 15 cas de manie simple et 40 cas de mélancolie simple auxquels viennent s'ajouter : manies récidivées, 6; mélancolies récidivées, 5; folies à double forme, 8; ce qui donne 73 p. 100 de cas simples et 27 p. 100 de récurrences.

— Notre service personnel : clinique des maladies mentales de la Faculté de Toulouse, a reçu, de 1900 à 1908 inclus, 1.084 malades. Sur ce nombre, nous avons vu guérir 55 cas de mélancolie et 39 cas de manie à forme pure. Comme nous ne recevons en majeure partie que des malades urbains, et comme l'entrée dans le service effraye moins les familles que l'entrée à l'asile, nous voyons en général des sujets dont la maladie est de date très récente; en outre, il nous est facile à la fois d'avoir

des renseignements précis sur leurs antécédents et de les suivre après leur sortie. Nous ne donnons ici que des chiffres relatifs aux malades qui n'ont pas eu besoin d'être évacués sur l'asile. Nous avons vu en outre 4 manies à rechute et 13 cas de formes circulaires ou intermittentes chez lesquels les accidents ont été assez légers pour ne pas nécessiter l'internement prolongé.

— L'ensemble de ces chiffres semblerait, pensons-nous, déjà suffisant pour établir d'une façon incontestable l'existence clinique de la manie et de la mélancolie en tant que formes morbides autonomes. Comme le dit fort justement M. le professeur Mairet, il suffit de regarder autour de soi pour en acquérir la conviction ; et, en effet, en faisant appel au bon vouloir de quelques confrères, nous avons obtenu d'eux très rapidement des observations relevées dans leur pratique immédiate sans autres recherches statistiques. Nous citerons ainsi :

1° Deux observations fournies par M. le D<sup>r</sup> Lagriffe, de Quimper, de manie à rechutes étant constamment restées identiques à elles-mêmes, sans qu'à aucun moment les malades aient présenté de phénomènes de dépression. L'un d'eux a été suivi d'octobre 1894 à juin 1909, et l'autre, de 1871 au mois de juin 1909 ;

2° 5 cas : 3 de mélancolie et 2 de manie, provenant de l'asile de Montauban et communiqués, grâce à l'obligeance de M. le D<sup>r</sup> Périès, médecin en chef, par M. Coste, interne ;

3° Deux observations de mélancolie pure, qui ont été suivies pendant plusieurs années après guérison par M. le D<sup>r</sup> Faget, ancien chef de clinique du service ;

4° Enfin, M. le D<sup>r</sup> Charon ayant bien voulu nous communiquer la statistique de l'asile de Dury-les-Amiens pour l'année 1909, nous relevons, sur 19 sorties par guérison que comporte cette statistique, 8 cas de manie simple.

## V

Les faits que nous venons de rapporter permettent de dire avec certitude qu'il existe des cas de manie et de mélancolie isolés, des cas de manie et de mélancolie pures récidivantes, et il nous a semblé inutile de dénombrer les formes circulaires qui sont passées dans le même temps sous les yeux des observateurs que nous avons consultés. Si nous nous bornions à cette constatation statistique, nous ne pourrions rien en inférer contre l'œuvre de Kraepelin; il admet comme nous l'existence de formes morbides diamétralement opposées les unes aux autres; nous constatons comme lui la fréquence de la circularité, et la discussion ne peut en réalité pas même porter sur les cas où il n'y eut qu'un accès unique, puisque de ceux-là Kraepelin nous répond qu'ils sont simplement morts avant d'avoir récidivé. La question est autre; Kraepelin considère que la manie et la mélancolie ne sont que des *états* et nous voulons au contraire y voir des *maladies*; pour lui, il n'y a qu'un fond commun et sur ce fond apparaissent suivant les causes et suivant les sujets tantôt l'excitation, tantôt la dépression, tantôt des combinaisons dont les variétés sont infinies comme le seraient les variétés de teintes obtenues en mélangeant du blanc et du noir; il en résulte que chaque fois qu'en pathologie mentale on trouve des alternatives d'excitation ou de dépression, il n'y a pas de raison sérieuse pour ne pas prononcer ce mot de maniaco-dépressive et que la pathologie mentale tout entière pourrait finir par entrer dans ce groupe, car il est impossible qu'un organe qui fonctionne mal ne présente pas des troubles par exagération ou par ralentissement de son activité. Cependant si nous transportions cette façon de voir en pathologie courante, et si nous affirmions que la poly-



cholie, que la lithiase biliaire, que la cirrhose hypertrophique, que l'ictère grave constituent une seule et même maladie à cause de l'existence d'un symptôme commun qui est l'ictère, les pathologistes nous riraient au nez. Si nous prétendions qu'un individu atteint de bronchite à sa vingtième année et qui aurait une autre bronchite vers la cinquantaine, est atteint d'une affection de même nature que l'individu qui s'enrhume tous les hivers, sous prétexte que dans les deux cas on trouve à l'auscultation pendant les phases aiguës, des signes physiques de même ordre, on se demanderait peut-être quel est ce paradoxe.

L'erreur de Kraepelin qui proteste contre les additions multiples que font à ses idées des élèves trop zélés, est peut-être de s'en être tenu à l'analyse psychologique. La psychologie est évidemment une science ou une forme de la science, éminemment respectable, mais comme elle suppose un psychologue comme élément fondamental de sa constitution, la psychologie de Pierre peut différer totalement de celle de Paul ; si on ajoute que la langue en est incertaine et que les mots changent de valeur d'un maître à l'autre, on est en droit de penser qu'il y a là un critérium insuffisant ; du reste, il a fallu qu'on abandonnât l'étude purement psychologique des faits pour distinguer dans la pathologie mentale et même nerveuse, des types morbides dont la confusion nous semblerait aujourd'hui ridicule. Quand Duchenne, de Boulogne, montait sur les épaules des tabétiques pour montrer que s'ils ne marchaient pas, ce n'était cependant pas des paralytiques, il ne faisait pas autre chose que d'abandonner l'observation *psychologique* pour une étude plus précise des faits. Quand Lasègue, après d'autres déjà, commença à décrire le délire des persécutions (nous ne voulons en rien défendre ou détruire sa façon de voir), c'est parce qu'il s'aperçut qu'il y avait

des malades atteints d'idées tristes qui accusaient autrui tandis que d'autres s'accusaient eux-mêmes. Nous ne disons pas que si Kraepelin avait vécu avant Lasègue, il eût tout voulu réunir dans la maniaco-dépressive; actuellement, il se borne à commencer en faisant rentrer dans son cadre les formes de mélancolie présénile avec ou sans idées de persécution. Le résultat de l'effort de Kraepelin est donc de nous ramener en arrière, et ce reproche ne nous est pas personnel. Son élève Urstein (*Die Dementia praecox und ihre Stellung zum manisch-depressiven Irresein*. 1 vol. in-8° de 372 pages, Berlin, Urban et Schwarzenberg, 1909) en arrive à dire: « autant que nous nous en tenons aux considérations de l'école de Kraepelin, nous nous trouvons aujourd'hui sur un terrain beaucoup moins solide qu'il y a quinze ans ». Il montre que Kraepelin (*Psychiatrie*, 7<sup>e</sup> éd., 1904) et Wilmann (*Centralblatt f. Nervenheilkunde u. Psych.*, I-VIII, 1907) ont établi qu'il se produisait des complexus symptomatiques catatoniques dans la maniaco-dépressive, ce qui élargit singulièrement le domaine de la maniaco-dépressive, ce qui pose aussi la question s'il n'y a pas des formes de passage de la démence précoce à la maniaco-dépressive qui ont jusqu'ici passé pour foncièrement différentes; d'ailleurs, Wieg. Wickenthal (*Z. klin. der. Dem. Praec.*, Halle, 1908) et Kraepelin ont déjà montré que les malades atteints de démence précoce émettent les mêmes plaintes que ceux atteints de maniaco-dépressive et qu'ils présentent des phénomènes qui rappellent les phénomènes circulaires; Urstein le confirme. Tant et si bien que G. Dreyfus (*Centralblatt f. Nervenheilkunde u. Psych.*, n° 301, janv. 1910, page 9), constate que le livre de Urstein constitue en fait la démonstration du fiasco complet des considérations psychiatriques de Kraepelin et de ses adhérents.

En réalité, Kraepelin s'est laissé entraîner par la

chimère; il a voulu atteindre et poursuivre cet idéal philosophique qu'est l'unité morbide, et c'est dans ce souci d'une conception plus large, dans cette recherche d'une vision plus haute qu'il a perdu la stabilité relative où se trouvaient arrivés ses prédécesseurs. A. Hoche (*Centralblatt f. Nervenheilkunde u. Psych.*, 33<sup>e</sup> année, mars 1910, n<sup>o</sup> 306, p. 193) montre bien que toute cette discussion dépend du souci de savoir si l'on peut distinguer en clinique des unités morbides indépendantes; « s'il s'agit, dit-il, d'employer le terme de maniaque-dépressive pour exprimer d'une façon théorique les rapports de parenté qui existent entre les deux pôles opposés de l'humeur, il n'y a rien à dire; mais ce terme doit être abandonné en tant que désignant une unité pathologique ou en tant que désignation utilisable au point de vue diagnostic ou pronostic ». Enfin Pilez (de Vienne) (*Archives de neurologie*, juin 1910, n<sup>o</sup> 67), qui se rallie cependant dans une très large mesure à la conception kraepelinienne, ne peut s'empêcher de constater qu'elle n'a pas non plus apporté une solution définitive et satisfaisante des problèmes.

## VI

L'erreur de Kraepelin est donc d'avoir cherché, ainsi que ses commentateurs et ses élèves, à déterminer une entité morbide en se basant sur des symptômes purement psychologiques; la psychologie, comme nous le disions tout à l'heure, au rebours de l'algèbre qui n'est qu'une langue bien faite, présente ceci de particulier, qu'elle tend à varier suivant les psychologues. Si l'on préfère, c'est une langue dans laquelle les mots sont souvent mal définis et où l'on risque de voir les interlocuteurs se servir des mêmes termes avec un sens dif-

fèrent ; ce n'est donc pas sur l'argumentation psychologique pure que nous désirons reprendre une synthèse opposable à celle de Kraepelin, mais au contraire, nous allons chercher à voir s'il n'y a pas en dehors de la psychologie des liens suffisants entre certaines formes mentales morbides, pour jeter une clarté susceptible d'éclairer l'ensemble de la pathologie cérébrale.

La manie n'existe plus, ou pour ainsi dire plus, dans le cadre nosologique, parce qu'elle a été remplacée par un très grand nombre d'états à la définition desquels ne concourent plus le contenu ni la forme du délire, mais qui se caractérisent suffisamment par le point de départ et par l'anatomie pathologique. Nous savons que la confusion mentale et que le délire aigu sont toutes deux des maladies dont l'étiologie est assez connue et dont les lésions sont assez précises pour que l'on en ait fait deux grands chapitres qui représentent un déchet considérable précisément pour la manie. Il y a tantôt de l'excitation, tantôt de la dépression, tantôt des idées de persécution ; on constate des hallucinations, de la stupeur, de la désorientation, sans attacher à ces symptômes d'autre valeur que celle d'être les signes d'une inflammation aiguë des cellules corticales.

Dans cette voie, la pathologie mentale a fait des progrès énormes, sans parler des maladies nerveuses organiques et des maladies cérébrales en foyer dont on a précisé le cortège psychopathique, sans croire pour cela nécessaire d'en faire des psychoses spéciales. Nous n'en finirions pas si nous voulions rappeler l'ensemble des travaux qui ont établi les relations indiscutables de la polioencéphalite aiguë avec l'ensemble des causes de la pathologie générale. Depuis Joffroy (1891), en passant par les travaux de Klippel (1892), de Chevalier-Lavaure et Régis (1893), de Chartier (1899), de Colombani (1900), de Vigouroux et Juquelier (1902), d'Anglade et Rou-

binovitch (1903), de Marandon de Montyel (1903), de Laignel-Lavastine, etc., etc., on a établi le rôle à la fois étiologique et caractéristique dans ses conséquences de la fièvre typhoïde, du paludisme, de la tuberculose, de l'insuffisance hépatique, des auto-intoxications d'une façon générale, des intoxications d'origine exogène, des altérations des glandes à sécrétion interne, etc., toutes causes qui déterminent tantôt des phénomènes d'excitation, tantôt des phénomènes mélancoliques, sans que le côté psychologique ait servi à aucun moment de point de départ à une tentative, si faible soit-elle, de classification. Les faits auxquels nous faisons allusion représentent cependant un nombre considérable de malades qui, avant les travaux d'auteurs dont nous ne faisons ici que jalonner à peine la liste, rentraient dans la catégorie des sujets étiquetés maniaques ou mélancoliques, à moins que ce ne fussent des démences dont la précocité n'étonnait alors personne.

La dissociation s'est donc opérée d'elle-même grâce à la chimie, au microscope et à la clinique, et nous avons appris en lisant ces maîtres que la manie, par exemple, était chose très rare, parce que la cause y prenait trop souvent une place prépondérante par rapport aux symptômes. Nous pouvons dire que les cas de manie pure à accès unique sont très rares, parce que ceux qui ne récidivent pas sont la plupart du temps autre chose, et que nous n'avons jamais nié les formes circulaires.

Nous savons d'autre part que la mélancolie peut être liée à des affections d'organes, à des infections chirurgicales dont la guérison opératoire entraînera la disparition de l'état mélancolique concomitant (Chirurgie des aliénés : Lucien Picqué, travail de Latapie, 1909) ; nous savons également que la mélancolie peut apparaître comme la conséquence d'un certain nombre de causes pathogènes qui ne lui donnent aucun caractère psycho-

logique particulier, mais dont l'importance étiologique est telle qu'on a failli en faire des formes spéciales ; telle la mélancolie puerpérale. Ici encore, c'est à un processus anatomo-pathologique cérébral, nettement défini dans quelques cas, très probable dans les autres, qu'il faut attribuer la forme clinique de l'affection psychique.

Mais il ne faut pas oublier que dans ces formes de mélancolie que nous avons classées plus haut sous le nom de mélancolie pure, pas plus que dans les formes maniaques ou dans les formes confuses auxquelles nous avons fait allusion, il ne manque une participation intense de l'organisme tout entier aux processus morbides. C'est à proprement parler à un complexe symptomatique analogue à celui que nous voyons apparaître dans toutes les grandes inflammations viscérales aiguës ou subaiguës que nous assistons dans ces cas. On ne peut jamais dire que le phénomène cérébral soit isolé, on constate toujours un retentissement général grave et, si la phlegmasie est plus ou moins intense selon les formes, elle ne permet pas moins d'affirmer qu'il y a, à côté de l'inflammation de la couche corticale du cerveau, une altération *totius substantiæ*, qui permet de considérer l'ensemble de ces phénomènes comme des maladies autonomes. Les symptômes observés sont différents, d'abord parce que les malades diffèrent, parce que l'épuisement sera plus facile chez l'un, l'excitation plus aisée chez l'autre, mais il s'agit toujours d'un ensemble qui retrouve ses équivalents dans l'histoire de toutes les maladies d'organes. C'est parce que Kraepelin et ses disciples ont systématiquement tenu dans l'ombre la sémiologie physique de leurs malades, comme s'il pouvait y avoir chez l'homme autre chose que des maladies physiques, qu'ils sont tombés dans cette erreur de ne plus saisir ce qui différenciait les formes autonomes des formes circulaires.

Si maintenant nous mettons en regard de la confusion qui règne dans les descriptions de l'école de Munich la différenciation si clairement établie par Krafft-Ebing, en Autriche, par Arnaud, en France, entre les formes accidentelles, sporadiques pour ainsi dire, des maladies mentales et les psychoses de la dégénérescence, si l'on veut bien se souvenir que ce qui caractérise précisément les états mentaux des dégénérés, c'est l'atypie, c'est-à-dire le mélange et la succession de symptômes les plus divers, la tendance aux rechutes non motivées ou insuffisamment motivées, et si on ajoute que Kraepelin lui-même nous déclare que 80 p. 100 de ses malades sont des héréditaires, on se rendra compte combien plus simple il serait de dire que, à côté des polioencéphalites occasionnelles dues à une vulnération massive de la cellule (que la cause traumatisante soit ou non d'origine involutive), il existe des polioencéphalites caractérisées par l'insuffisance congénitale de l'élément cellulaire.

On rendrait ainsi un peu de clarté à un ensemble de faits qui ne pourront prendre leur valeur définitive que du jour où ils seront complétés par l'anatomie, la physiologie et la chimie pathologiques, et où cet ensemble cessera de rappeler de trop près la définition de cette science dont Voltaire disait : « Quand deux personnes causent entre elles et ne se comprennent pas, elles font de la métaphysique. »

---

---

---

# Établissements d'aliénés.

DOCUMENTS D'OUTRE-MER

## L'HOPITAL D'ÉPILEPTIQUES DE L'ÉTAT D'OHIO (1)

Par le Dr CULLERRE

L'État d'Ohio a fondé, en 1890, un hôpital pour épileptiques, à Gallipolis, l'une de ses plus anciennes cités, dans un site magnifique, sur la rivière d'Ohio, à mi-chemin entre Pittsburg et Cincinnati. C'est, d'après le rapport que nous analysons, la plus ancienne institution de ce genre que possèdent les États-Unis; c'est aussi la plus considérable : depuis six ans la population s'y élève à plus de 1.500 malades, et, depuis sa fondation, elle en a hébergé plus de 4.000. Ces chiffres peuvent paraître énormes, et cependant ils ne représentent qu'une très petite partie des épileptiques de l'État d'Ohio dont le nombre, d'après l'appréciation des administrateurs, ne serait pas inférieur à 8.000.

Bâti sur une pente boisée d'où l'on domine la ville et la rivière, l'établissement a pour horizon la silhouette lointaine des montagnes de la Virginie occidentale. Son domaine s'étend sur 500 acres, dont la moitié, en-

---

(1) D'après *First biennial report of the trustees and officers of the Ohio hospital for epileptics at Gallipolis, 1908-1909.*



viron, est consacrée à la grande culture, aux jardins et aux pâturages; 100 acres sont en prairies et 100 autres en bois et en vergers. Au centre de la partie principale du domaine s'élèvent huit bâtiments qui composent l'organisme central des services généraux : administration, cuisine, réfectoire, salle de réunion, logements du personnel, magasins, usine, machines et école.

Ce groupe est flanqué, à droite et à gauche, mais à bonne distance, de deux sections composées de cottages pour chaque sexe : à l'est, un groupe central de sept cottages avec infirmerie, pour les hommes; à l'ouest, un groupe analogue de cinq cottages avec infirmerie, pour les femmes. Chacun des cottages abrite de 50 à 100 malades, le nombre total des places pour les douze pavillons étant de 900.

Plus éloignée, mais orientée de la même façon, se trouve la colonie comprenant cinq cottages pouvant recevoir 140 hommes et trois autres pour 130 femmes. Ces pavillons, moins vastes que ceux du premier groupe, sont disposés de façon à favoriser un genre de vie plus voisin de la vie familiale; la plupart ont leur cuisine particulière et leur salle à manger. L'un d'eux est voisin de la buanderie où travaillent une cinquantaine de femmes sous la direction de préposées spéciales.

A égale portée du groupe central et de la colonie s'élève l'*hôpital proprement dit*, qui peut recevoir 100 malades et auquel sont adjoints un laboratoire, un service chirurgical et une morgue.

A un demi-mille du groupe central des services généraux, à l'entrée d'une magnifique vallée traversée par un clair ruisseau, s'élève l'*Établissement psychopathique*, ou section nord, dans lequel 200 malades des deux sexes sont hospitalisés.

Plus loin, au centre des cultures, est la ferme, où 32 malades valides sont employés aux soins du bétail et

aux travaux des champs. A moitié chemin de la ferme et des services généraux, on trouve la laiterie et les granges, ainsi qu'un cottage habité par les malades qui se consacrent à ces départements économiques, sous la direction de préposés. Deux serres, des étables, de vastes magasins, un pavillon pour les amusements d'été, une habitation pour le directeur, des logements pour le personnel de la ferme, complètent ce vaste ensemble de constructions dont le nombre total est de quarante-quatre.

Dans l'aménagement des cottages habités par les malades, on s'est efforcé de se rapprocher autant que possible de la vie de famille. A chacun d'eux sont attachés de deux à quatre préposés. Du côté des femmes, le personnel est exclusivement féminin; du côté des hommes, il est mixte et, autant que possible, composé de ménages, mari et femme, qui doivent veiller au bon ordre, à l'entretien des salles et des vêtements. Les *hôpitaux*, les *infirmes* et les *quartiers psychopathiques* sont confiés à un personnel spécialement instruit dans les soins qui conviennent aux malades et aux aliénés.

Les deux tiers des malades jouissent du privilège d'être libres dans les limites du domaine; plus de la moitié s'adonne à une occupation régulière; le plus grand nombre est employé aux travaux des champs. L'école instruit une centaine de garçons et de filles; des ateliers sont à la disposition des adultes pour apprendre divers métiers : charpente, ferblanterie, plomberie, raccommodage de chaussures, confection des matelas, tapisserie, peinture, serrurerie, imprimerie, sans compter les travaux du dehors, jardinage, horticulture, agriculture, et les travaux d'intérieur, cuisine, boulangerie, lavage du linge et couture.

L'institution reçoit exclusivement les épileptiques qui sont légalement domiciliés dans l'État d'Ohio, sans

distinction aucune au sujet de la forme de la maladie ; ils sont admis gratuitement à la condition de fournir un trousseau. Ils ont droit, chaque année, à un congé d'un mois sous la responsabilité de leurs familles ou de leurs amis.

L'administration de l'hôpital est confiée à un bureau d'administrateurs (*trustees*) et à un corps de fonctionnaires composé d'un directeur-médecin, d'un économiste, de cinq médecins assistants, d'un garde-magasin et d'une surveillante générale (*matron*), auxquels il faut ajouter un certain nombre de commis et d'institutrices, un dentiste, un pharmacien, et, environ, deux cents surveillants et préposés. Le prix de la journée de chaque épileptique revient à environ 50 cents (2 fr. 50).

Le rapport des administrateurs de cet hôpital, en dépit d'une phraséologie un peu pompeuse et apologétique, mais en quelque sorte obligatoire, renferme des aperçus judicieux : « Le peuple de l'Ohio, y lisons-nous, demande que ses institutions charitables soient administrées avec honnêteté, économie, une grande largeur de vues, le souci exclusif du confort et du bien-être des infortunés dont il a la charge. Dans le choix du personnel, il faut que la politique et l'esprit de parti soient rigoureusement exclus, les aptitudes et le mérite personnel devront être seuls pris en considération. » C'est la sagesse même.

Ce rapport nous donne le prix de revient détaillé de la pension pour les années 1908 et 1909. Il peut être intéressant de reproduire le tableau qui concerne cette dernière année. Le prix de revient annuel de l'unité étant de 900 francs :

Les frais de personnel entrent dans cette somme pour	310 fr.
Les frais de nourriture pour . . . . .	320
Les frais de vêture et lingerie . . . . .	70
Les frais généraux (eau, lumière, chauffage, etc.) pour	200
Total. . . . .	900 fr.

D'où il résulte, d'après le rapport, qu'après celui de New-York, l'État d'Ohio est l'État qui dépense le moins pour sa colonie d'épileptiques. Les directeurs de toutes les colonies d'épileptiques sont d'ailleurs d'avis qu'il en coûte plus pour entretenir ce genre de malades que les aliénés; ils exigent, en effet, un plus grand nombre de surveillants, en raison de leur caractère irritable et de leur violence; il faut un personnel plus varié et plus nombreux, car on ne peut compter autant sur leur travail; certaines besognes, comme la conduite des attelages, qu'exécutent ordinairement les pensionnaires des asiles d'aliénés, ne peuvent, en aucun cas, être confiées à des épileptiques; un régime plus soigné et par conséquent plus coûteux leur est nécessaire; enfin, l'usure et la destruction de leurs vêtements est plus rapide.

Le chiffre des épileptiques traités depuis l'ouverture de l'établissement a été de 4.281. Sur ce nombre, 269, soit 6,3 p. 100 sont *sortis par guérison*; mais ce sont là des chiffres fictifs. Sur le nombre total des admissions depuis l'ouverture de l'hôpital, 4,2 p. 100 ont été des *réintégrations*; ces malades, admis à nouveau, n'étaient donc pas guéris au moment de leur sortie. En ce qui concerne les malades légitimement considérés comme sortis guéris, il faut admettre qu'un quart environ reviendront, tôt ou tard, à l'établissement. Nombreux sont ceux qui, guéris en apparence, grâce à l'influence favorable du traitement hospitalier, sont incapables de supporter le poids de la vie libre et doivent fatalement reprendre le chemin de l'établissement. La curabilité de l'épilepsie, dans des cas déterminés et dans de certaines conditions, ne fait pas question; malheureusement les malades ne viennent trop souvent réclamer des soins que lorsqu'il est trop tard et que les lésions irréparables sont déjà survenues.

Durant les deux années 1908 et 1909, on a renvoyé guéris 7 hommes et 4 femmes.

Beaucoup de malades sont retirés prématurément par les familles, qui s'imaginent que quelques mois doivent suffire pour obtenir la guérison; leur attente se trouvant déçue, elles perdent confiance et se découragent. Certains malades, fascinés par les réclames des empiriques, s'y confient, ou s'abandonnent aux charlatans. D'autres s'en vont par impatience de la discipline; presque tous reviennent tôt ou tard à l'établissement.

Sur les 900 malades laissés libres dans les limites du domaine, on ne constate annuellement qu'une cinquantaine d'évasions, dont la moitié ne sont, en réalité, que des fugues, les malades rentrant d'eux-mêmes dans un court délai. La cause principale de ces évasions est la confusion mentale consécutive aux accès.

La mortalité annuelle est de 6,9 p. 100 environ. Les causes principales de la mort sont la conséquence immédiate de l'attaque ou les complications qu'elle entraîne. Les suicides sont rares; il y en a eu un en 1908 et un en 1909.

Les enfants épileptiques, filles et garçons, au nombre d'une centaine, reçoivent l'instruction primaire par petits groupes; ce n'est, en effet, que par l'effort dirigé vers chaque enfant individuellement que l'on peut compter sur le succès, beaucoup étant des arriérés ou des faibles d'esprit. Les résultats sont excellents; de nombreux enfants absolument obtus et ignorants à leur entrée se sont intellectuellement développés et jouissent actuellement d'une activité morale satisfaisante. Une éducation professionnelle variée est donnée en outre à ces enfants qui, lorsqu'ils quittent l'école, possèdent, par surcroît, les connaissances d'un métier.

Enfin, les distractions ne sont pas négligées. Ce sont, suivant la saison, les différents jeux de balles, le foot-

ball, les danses (dans le pavillon d'été dont il a été précédemment question), les séances de musique, le cirque lorsque l'occasion se présente, des représentations au théâtre de Gallipolis ; six à sept cents des pensionnaires peuvent prendre part à ces deux dernières distractions. Les jours fériés sont observés comme il convient et une fête annuelle particulière à l'hôpital est célébrée au milieu de grandes réjouissances. Enfin, il est loisible à certains malades des deux sexes de s'inviter réciproquement à des réceptions dans leurs cottages respectifs.

Et le traitement ? dira-t-on. Je n'en saurais rien dire, car, en dehors de vagues et incidentes invocations à l'hygiène, aucune allusion n'est faite, dans ce volumineux document, aux moyens thérapeutiques usités par le personnel médical de l'établissement contre la terrible et décourageante affection qu'est l'épilepsie sous ses diverses formes.

---

---

---

## Revue critique.

---

# LES MALADIES MENTALES DANS L'ARMÉE

Par le D<sup>r</sup> ADAM

Directeur-médecin de l'asile Saint-Georges  
à Bourg (Ain).

*Suite et fin* (1).

---

### III

#### DÉLINQUANCE MILITAIRE

On peut, sans exagération, prétendre que le service militaire est une véritable pierre de touche de l'équilibre cérébral, disent les D<sup>rs</sup> Antheaume et Mignot, et tous ceux qui se sont occupés de l'aliénation mentale dans l'armée sont effectivement unanimes pour déclarer que là où l'équilibre cérébral fait défaut, manque aussi à un degré plus ou moins accentué la faculté d'adaptation aux nombreuses exigences de la discipline et de la vie militaire. Il n'est donc pas étonnant que parmi les délinquants militaires on retrouve un grand nombre des dégénérés, déséquilibrés et débiles mentaux qui, chaque année, entrent dans l'armée. Leur nombre est certainement supérieur à celui qu'accusent les statistiques. Celles-ci, en effet, sont basées sur le relevé des radiations et décès pour cause d'aliénation mentale et ne comprennent pas les délinquants morbides condamnés par les conseils de guerre et non reconnus aliénés pen-

---

(1) Voir les *Annales* de novembre-décembre 1910.

dant qu'ils subissent leur peine. Elles ne comprennent pas davantage ceux qui, déferés aux conseils de discipline, sont envoyés aux corps d'épreuve et y finissent leur temps de service, ni les débiles des cas-limites qui arrivent tant bien que mal au bout de leur service, mais non sans encourir de nombreuses punitions. Ces derniers n'ont à répondre que de fautes légères mais souvent répétées. Comme il n'est pas tenu compte de leur état mental, ces cerveaux faibles passent bientôt pour de fortes têtes, et les punitions leur sont infligées de plus en plus sévères. J'ai récemment observé un débile mental avéré, âgé de quarante-trois ans, inculpé d'attentat à la pudeur. Il a fait trois ans de service dans un régiment de cavalerie, plus cinq mois de « rabiote » après le renvoi de sa classe, parce que son livret matricule portait 42 jours de consigne, 110 jours de salle de police, 108 jours de prison et 24 jours de cellule. Tout cela pour avoir uriné à l'écurie, avoir été inattentif à l'exercice, avoir égaré une sangle, etc., et enfin avoir donné un coup de manche à balai à un cheval, et, sans provocation, un coup de poing à un camarade. Ce dernier motif est le plus grave qui figure au livret.

Il est évident que si dans l'appréciation de la conduite de cet homme il avait été tenu compte de son état de débilité mentale, ces punitions auraient en grande partie été évitées. Il s'agissait là d'un type de la catégorie de ceux que Chavigny appelle les « débiles dociles », qui sont brimés par leurs camarades, et auxquels les chefs, prenant leur impuissance pour de la mauvaise volonté, demandent des efforts intellectuels au-dessus de leurs forces. Chavigny estime que de tels hommes n'ont rien à gagner à l'armée; l'on pourrait ajouter que l'armée n'a pas grand bénéfice à attendre de leur maintien sous les drapeaux, quoique, à la rigueur, ils paraissent encore utilisables. Il n'en est pas de même pour ceux que leur déséquilibre cérébral, leur débilité mentale avec tendances à la torpeur ou à l'éréthisme, leur amoralité ou idiotie morale, ou bien encore des troubles mentaux relevant de la démence précoce ou de quelque autre psychose rendent incapables de s'adapter. Ceux-ci, quand leur état est méconnu, deviennent rapi-



dement délinquants, récidivistes, et sont déférés aux conseils de discipline et aux conseils de guerre. Beaucoup d'entre eux commencent par l'insoumission; une fois arrivés au corps, ils se font punir pour inobservance des règlements, pour refus d'obéissance, pour outrages et violences, et souvent pour absence illégale et pour désertion.

Rayneau et Granjux, dans leurs rapports au Congrès de Nantes, Antheaume et Mignot, dans leur ouvrage, insistent sur les rapports de ces différents délits et spécialement de l'absence illégale et de la désertion avec le déficit intellectuel, avec certains états émotifs ou délirants chez les débiles mentaux, les déséquilibrés, les aliénés proprement dits.

A propos de l'absence illégale et de la désertion, il suffira de rappeler quelle importance il faut attribuer, quand il s'agit de psychopathes, aux différentes variétés de fugues que signale Rayneau dans son rapport, et pour l'étude desquelles on peut se reporter aux nombreux travaux parus sur ce sujet, notamment, pour ne citer que les plus récents, à ceux de Régis (*Les fugues militaires au point de vue médico-légal*, Caducée, 1900), de Joffroy et Dupony, de V. Parant. Il est aujourd'hui généralement admis que les absences et désertions dans l'armée présentent souvent le caractère de fugues morbides, et il peut paraître superflu d'insister sur ce point. Batier, dans le numéro de février 1910 des *Archives de neurologie*, rapporte deux fugues dont les auteurs ont été inculpés d'abandon de poste et de désertion; ce sont des débiles, qui, dit-il, ne devraient pas arriver jusqu'au conseil de guerre, et qui n'y arriveraient pas si le commandement, avant d'introduire une plainte, les soumettait à un examen médical. Si les compagnies de discipline fournissent six fois plus d'aliénés que le reste de l'armée, la cause en est, ainsi que l'affirme Granjux, à ce que les candidats à ces corps d'épreuve n'ont pas été soumis à un examen psychiatrique avant d'être déférés aux conseils de discipline. La même remarque s'applique à la population des pénitenciers militaires. Les documents publiés par Boigey, Taty, Simonin, Pactet, Colin tendent tous à prouver qu'ainsi que le déclare Régis, le nombre des aliénés méconnus est notablement

plus grand en justice militaire qu'en justice ordinaire.

Il n'est donc pas douteux qu'en raison de leur inadap-  
tabilité résultant d'un état morbide méconnu, de nom-  
breux dégénérés et débiles mentaux sont l'objet de  
mesures disciplinaires et de condamnations, pour des  
délits dont ils ne sont pas responsables. Les choses se  
passent de même dans les armées des autres pays. Le  
D<sup>r</sup> Becker, dans l'ouvrage cité plus haut, publie vingt-  
cinq rapports médico-légaux concernant des délinquants  
militaires détenus. Il est à remarquer que sur ces vingt-  
cinq inculpés il y avait seize déserteurs, dont six réci-  
divistes, et que tous étaient des débiles mentaux irres-  
ponsables, à l'exception d'un seul que Becker considéra  
comme non aliéné, mais comme devant bénéficier néan-  
moins d'une atténuation de la responsabilité en raison  
de son manque d'intelligence.

Le professeur Schultze qui, tant à Andernach qu'à  
Bonn, a procédé à l'examen psychiatrique d'un grand  
nombre de condamnés militaires, a constaté chez eux la  
grande fréquence de l'aliénation mentale, et a acquis la  
conviction que chez un grand nombre de ces prison-  
niers la folie existait antérieurement à la condamnation.  
Il estime que, dans ce cas, ce serait non seulement le  
droit, mais le devoir du médecin de provoquer la revi-  
sion du procès. Le geste, déclare-t-il, serait peut-être  
pour déplaire à certains juristes, mais il serait d'un  
beau mouvement d'humanité et de justice, et bien fait  
pour montrer que la psychiatrie n'a pas dans l'organi-  
sation du service sanitaire la place à laquelle elle a  
droit (1).

Il ne dit pas s'il a mis cette théorie en pratique, ni,  
par conséquent, l'accueil qui lui fut fait. Peut-être est-il  
permis de croire qu'il serait plus aisé et plus pratique  
de chercher à prévenir les erreurs de l'avenir que de  
s'efforcer de réparer celles du passé, la prophylaxie ren-  
trant plus directement dans les attributions profession-  
nelles du médecin que la réparation des erreurs judi-  
ciaires.

---

(1) Prof. Schultze. *Über Psychosen bei Militärgefangenen.*  
Iena, 1904.

## IV

## PROPHYLAXIE

Les causes du mal ont été maintes fois signalées ; Granjux, dans son rapport au Congrès de Nantes, les met une fois de plus en lumière, en s'appuyant sur de nombreux documents. Le mal vient de ce que l'armée se laisse envahir par les débiles mentaux, les dégénérés, et qu'étant envahie par eux, elle ne fait pas la réaction nécessaire pour les éliminer. L'invasion tient au défaut de précautions au moment de la revision. L'examen des appelés constate surtout les défauts physiques, somatiques ; il ne porte pas sur l'état psychique, et les arrêts de développement psychique ne deviennent une cause de réforme que dans les cas les plus graves, qui d'ailleurs se compliquent généralement de malformations physiques qui, à elles seules, entraîneraient déjà l'inaptitude au service.

Une autre cause d'invasion, est l'incorporation d'office des hommes qui ne se présentent pas au conseil de revision et qui sont pris comme « bons absents », qualification qui ne permet de les réformer dans la suite, que s'il est absolument impossible de les utiliser. Leur nombre s'est élevé à 10.000 en 1905. On trouve parmi eux, à côté de quelques hommes qui, ayant un cas de réforme, ont eu recours à ce subterfuge pour se faire incorporer, une grande majorité d'anormaux psychiques.

La troisième, et peut-être la principale porte ouverte aux dégénérés, est celle de l'engagement volontaire. La plupart des jeunes gens qui s'engagent, ou *qu'on engage*, ont donné mille sujets de mécontentement à leur famille et sont le plus souvent des anormaux psychiques, dont les parents se débarrassent, avec l'espoir toujours déçu de les voir s'amender ou se dérouiller sous l'influence de la discipline militaire. Il résulte, en effet, des documents cités par Granjux, que la proportion des engagés volontaires envoyés aux compagnies de discipline est, suivant les armes, deux fois et même quatre fois plus forte que pour les appelés. Il en va de même pour les cas de désertion. C'est du reste là une

règle générale corroborée par les constatations faites dans les pays où le service militaire n'est pas obligatoire pour tous. Elle explique la plus grande fréquence de l'aliénation mentale dans les corps d'épreuve, les pénitenciers militaires, la légion étrangère.

Cette prédominance de la délinquance et de l'aliénation mentale chez les engagés volontaires ne présente que deux exceptions, qui d'ailleurs confirment la règle. La première est fournie par la légion étrangère. Marie, qui a eu l'occasion d'observer beaucoup d'aliénés des régiments étrangers, n'a pas trouvé parmi eux un seul Alsacien-Lorrain, alors que ceux-ci cependant sont nombreux dans ces régiments ; mais ce sont des engagés qui, au lieu de céder à un besoin malsain d'aventures, ont été guidés par le désir d'échapper au service militaire allemand et de servir dans l'armée française « quand même ».

La seconde exception est celle des ouvriers des compagnies d'artillerie, élèves sortant d'écoles professionnelles, qui se sont engagés pour travailler de leur métier et se libérer hâtivement du service militaire. A ces deux exemples si probants on pourrait ajouter celui des élèves de Saint-Maixent, futurs officiers comprenant en grande partie des engagés volontaires que leurs goûts ou leurs aptitudes militaires ont orientés vers la carrière des armes. Régis a donc pu dire avec raison que si les engagés volontaires sont la plaie des armées, il y a à cela un correctif ; car s'ils fournissent ce qu'il y a de pire, ils fournissent aussi ce qu'il y a de mieux. Peut-être aussi l'entrée dans l'armée d'éléments qu'il conviendrait d'en écarter est-elle facilitée par le manque de précision des instructions pour le conseil de revision. En France, l'instruction du 22 octobre 1905 mentionne comme cas d'exemption, l'idiotie, le crétinisme, le myxœdème et l'aliénation mentale confirmée. A travers les lacunes de cette nomenclature peuvent passer bien des débiles mentaux, bien des déséquilibrés, bien des sujets antérieurement traités pour des affections mentales. Le texte des instructions est, en Allemagne, bien plus explicite. Il déclare cause d'exemption « toute aliénation mentale *passée* ou *actuelle*, de même que tout degré de débilité mentale susceptible de constituer

un empêchement à l'instruction militaire ou à l'accomplissement du service militaire ». (Instruction du 13 octobre 1904.) Telles sont les portes ouvertes à l'invasion ; par contre, toute issue pour l'élimination est à peu près fermée. En dehors des cas de psychoses à réactions nettes et intenses qui ne sauraient échapper à l'entourage et qui, par conséquent, sont l'objet d'une constatation médicale et d'un envoi à l'asile, les expertises psychiatriques sont à peu près inconnues dans l'armée. Du moins en était-il ainsi avant la circulaire ministérielle du 16 novembre 1907, qui recommande l'examen mental des prévenus militaires par des aliénistes, quand il existe des doutes sur l'intégrité des facultés intellectuelles de ces militaires.

Il résulte, de tous ces faits, que les mesures prophylactiques consistent dans une sélection plus rigoureuse au point de vue psychique, de tous les hommes avant leur incorporation d'une part, et dans l'examen psychiatrique des soldats qui se font remarquer par des propos et des actes anormaux, par leurs réactions extraordinaires à l'égard de leurs camarades, de leurs chefs et à l'occasion du service d'autre part, cette dernière catégorie comprenant d'ailleurs un grand nombre des hommes en instance de conseil de discipline ou de conseil de guerre.

Ces principes d'une bonne prophylaxie ont été formulés avec quelques variantes dans tous les vœux émis par différents congrès, dans tous les ouvrages publiés sur la matière, tant en France qu'à l'étranger. L'unanimité est absolue, et l'on ne constate quelques divergences que lorsqu'il s'agit de fixer les voies et moyens pour arriver à l'application pratique de ces principes. Exigera-t-on avec Bonnette la fiche sanitaire avec l'arbre généalogique de la famille, l'âge des décédés et une indication sommaire sur l'état mental de chaque appelé ou engagé (*Caducée*, 1905)? Demandra-t-on les renseignements sur les antécédents familiaux et personnels mentionnés dans le questionnaire proposé par Rayneau dans son rapport au Congrès de Nantes? Ou bien se contentera-t-on de demander que l'administration préfectorale fasse connaître au conseil de revision les noms des appelés qui auraient été l'objet d'interne-

ments dans des établissements consacrés au traitement des affections mentales, et que les maires et les chefs de brigade de gendarmerie signalent les conscrits notoirement déséquilibrés? Et ce qui concerne les engagés volontaires, demandera-t-on, conformément au vœu du Congrès de Nantes, un certificat médical constatant qu'ils n'ont jamais présenté un état mental morbide, et la production du livret scolaire visé par le maire? Ces dernières mesures sont excellentes. Elles ont au moins l'avantage de ne porter que sur des faits précis facilement constatables, et établis par des pièces officielles (internement, livret scolaire), soit par la notoriété publique, soit par un avis autorisé du médecin. D'ailleurs, le maire étant présent au conseil de revision, pourra donner des renseignements utiles sur les conscrits dont les réponses, l'attitude générale, certains signes apparents de dégénérescence attireront l'attention du médecin. Celui-ci pourra, en outre, ainsi que cela se pratique en Allemagne, engager, sinon avec tous les hommes, du moins avec ceux qui se seraient imposés à son attention, une conversation de quelques instants, au besoin d'après un schéma uniforme adopté par lui ou fixé d'avance par décision ministérielle. Il recueillerait ainsi souvent des renseignements utiles et susceptibles de motiver un examen complémentaire. Quant aux renseignements recueillis sur questionnaire, par le maire ou un de ses agents, il convient de ne leur accorder qu'un crédit relatif, quand on considère combien il est souvent difficile, même au médecin d'asile, d'obtenir des renseignements sincères par voie d'interrogation directe des familles.

Au reste, si les antécédents personnels ont une importance très grande pour le diagnostic, s'il est très utile pour l'expert ou le clinicien d'être fixé sur les antécédents héréditaires, l'examen direct du sujet doit, en dernier ressort, fournir les éléments d'appréciation de l'état mental, et doit à la rigueur suffire pour fixer le diagnostic. Il importe moins d'indiquer le *pourquoi* que le *comment* d'une affection mentale, et à cette tâche doit suffire, si les autres éléments d'appréciation font défaut, l'examen attentif et minutieux de la personnalité psychique.

Un pareil examen sans doute est impraticable au moment de la revision, et cette opération ne permettra d'éliminer que les anormaux psychiques les plus accentués ; mais la visite d'incorporation permettra déjà aux médecins militaires de pousser l'examen plus loin, de provoquer la mise en observation de certains sujets suspects, pour les réformer ensuite s'il y a lieu. Becker demande qu'à ce moment la page d'écriture demandée aux recrues pour dépister les illettrés, soit remplacée par une petite autobiographie. Tant par son fond que par sa forme, un pareil document donnerait des renseignements plus utiles que la simple page d'écriture. Il estime que les copies les plus défectueuses devraient être examinées par le médecin et que celui-ci aurait même intérêt à les lire toutes.

Il est évident qu'à l'entrée au corps, l'examen des engagés volontaires, des « bons absents » et des soldats destinés aux corps d'épreuve, devra plus spécialement retenir l'attention du médecin.

Malgré toutes ces précautions, un certain nombre d'anormaux psychiques seront incorporés. Parmi ceux-ci, quelques-uns pourront fournir un bon service et même en retirer quelque bénéfice personnel, au point de vue psychique, de l'avis de Becker, d'Antheaume et Mignot et de Régis. Il y en a d'autres, ceux que Bonchand appelle « les têtes dures, auxquelles il est impossible de rien apprendre ; les têtes de Turc des chambrées, les indisciplinés habituels, les récidivistes incorrigibles, les irréductibles chez lesquels les punitions ne semblent pas agir ». Ces derniers devront être signalés par les officiers aux médecins, qui auront à apprécier, après examen de l'état mental, s'ils appartiennent à la catégorie des dégénérés, des inadaptables, des indisciplinés morbides, selon l'heureuse expression de Jude. Dans ce cas, ils devront être réformés ; l'armée n'ayant rien à gagner à les conserver dans son sein. Est-il à craindre que la réforme pure et simple appliquée à ces cas, ne devienne une prime accordée à la déséquilibration, à certains débiles mentaux, plus ou moins pervers ou simplement incapables de s'élever à la notion du devoir patriotique actuel ? et conviendrait-il de les incorporer dans des corps d'épreuve spécialement formés pour eux ?

C'est là une opinion émise dans la *Thèse* de Bouchaud (p. 95) et qui n'est d'ailleurs que l'application plus générale du système proposé par Jude pour les soldats des bataillons d'Afrique.

Bouchaud parle de *demi-responsables* qui seraient ainsi réunis en des compagnies spéciales, et Jude des dégénérés à tares accentuées et à *responsabilité atténuée* qui seraient envoyés dans des colonies agricoles. C'est une erreur, semble-t-il, de faire entrer en ligne de compte le facteur *responsabilité* : le service militaire n'est pas une sanction pénale, mais un devoir civique, un impôt spécial, et ce n'est pas la responsabilité, mais la capacité, l'aptitude du sujet qu'il faut considérer. Ce sont les limites forcément un peu flottantes et indécises de cette aptitude qu'il convient de déterminer, dans certains cas, notamment dans ceux qu'on s'accorde à désigner comme cas-limites ; et ici se fait sentir surtout la nécessité de la collaboration de l'officier et du médecin, collaboration qui sera précieuse aussi dans d'autres cas où les premières manifestations d'un état morbide sont souvent des actes d'indiscipline, comme dans la démence précoce, la folie circulaire, la période préparalytique, etc.

Pour obtenir de bons résultats, deux conditions sont nécessaires ; ce sont : la formation psychiatrique du médecin de l'armée, et l'acquisition, chez l'officier, de notions élémentaires d'hygiène mentale. Ce sont là deux réformes sur lesquelles les rapporteurs du Congrès de Nantes ont particulièrement insisté. Sans doute, on ne saurait penser à faire des officiers des psychiatres ; mais il est essentiel de leur démontrer qu'il est des cas où l'indiscipline et la délinquance ont une origine morbide, et de leur indiquer dans quelles circonstances il y a lieu pour eux de se demander s'ils se trouvent en face d'un de ces cas, qu'il conviendrait alors de signaler à l'attention du médecin. A cet effet, des conférences devraient être faites aux futurs officiers de nos écoles militaires, et peut-être aussi aux sous-officiers qui sont plus intimement en contact avec les hommes dans les régiments. Régis a fait récemment à l'Ecole militaire d'infanterie de Saint-Maixent une conférence sur « l'officier dans l'hygiène mentale du soldat ». Je me contente de ren-



voyer à ce document qui rend bien compte du rôle que l'officier doit jouer au point de vue spécial de sa collaboration avec le médecin pour arriver à faire parmi les délinquants la sélection des morbides d'avec les vicieux.

En ce qui concerne l'enseignement psychiatrique dans l'armée, des efforts, il est vrai, ont déjà été faits dans ce sens. Sans doute l'organisation de cet enseignement par Pierret à Lyon et par Régis à Bordeaux a-t-il déjà porté des fruits. Sans doute le professeur Simonin a-t-il pu dire avec raison au Congrès de Nantes que le corps de santé militaire a conscience du nouvel effort qui lui est demandé, qu'assez nombreux déjà sont les médecins militaires ayant affirmé par leurs travaux, par les situations occupées dans les écoles, les corps disciplinaires, les établissements pénitentiaires, par les titres conquis, leurs goûts et aussi leurs aptitudes pour la psychiatrie ; mais cela ne saurait suffire. Il faut une organisation assurant à tous les médecins militaires le moyen d'acquérir les connaissances psychiatriques nécessaires pour remplir leurs rôles aux conseils de révision et dans les régiments auxquels ils sont affectés.

Il faut qu'à ceux qui ont un goût marqué pour les études psychiatriques soit fourni le moyen de se spécialiser en vue de la formation d'un corps d'experts psychiatres militaires, auxquels dans chaque corps d'armée seraient confiées les expertises des cas difficiles. Cela existe dans d'autres pays. Le D<sup>r</sup> Becker, détaché à la clinique psychiatrique de Giessen, dit dans l'ouvrage cité plus haut, qu'actuellement dix médecins de l'armée allemande sont délégués dans différents asiles ou cliniques psychiatriques, que les examens de doctorat comprennent une épreuve obligatoire de psychiatrie, que des cours de perfectionnement sur la matière sont faits aux médecins militaires, que dans les petites garnisons il existe une installation spéciale pour recevoir au besoin des aliénés en observation, et que dans les grands hôpitaux militaires il y a des quartiers spéciaux pour l'observation des aliénés et pour l'expertise des cas douteux par des médecins militaires spécialisés.

Des organisations analogues existent en Russie, en Autriche-Hongrie, en Italie, en Belgique. Il en sera bientôt de même en France si les vœux du Congrès de

Nantes ne restent pas lettre morte ; et, on est heureux de le constater ici, ces vœux ont déjà produit d'heureux résultats, notamment en ce qui concerne notre armée de mer.

Une récente circulaire (fin décembre 1909) du sous-secrétaire d'Etat à la Marine, organise en effet le service psychiatrique de telle façon que cette organisation, si elle était appliquée aussi à l'armée de terre, ne nous laisserait plus rien à envier aux autres pays sous ce rapport. Cette circulaire institue le stage obligatoire de trois mois dans le service clinique de psychiatrie de la Faculté de Bordeaux, pour tous les élèves du service de santé de la Marine ; l'enseignement clinique et pratique de la psychiatrie à l'école d'application de Toulon, avec rédaction d'un rapport de médecine mentale à la sortie de l'école ; un poste de médecin spécialiste en neuro-psychiatrie dans chaque hôpital de la Marine ; des congés d'études ou de perfectionnement de six mois, pour les médecins de la Marine ayant subi préalablement un examen probatoire portant spécialement sur les maladies mentales ; la faculté, pour les médecins des hôpitaux ainsi spécialisés, de prendre tous les deux ans un congé d'études de deux mois ; l'examen psychiatrique par ces médecins des officiers et marins en vue de la réforme, de l'envoi dans les asiles, etc., ainsi que des recrues signalées comme ayant déjà été traitées pour des affections mentales, des engagés, et de tous les prévenus qui à un titre quelconque paraîtraient suspects de troubles mentaux. La circulaire exige en outre que les médecins des prisons signalent au médecin spécialisé tous les détenus qu'ils jugeront utile de soumettre à un examen mental. Enfin, les médecins de la Marine pourront, à partir de janvier 1910, s'inscrire pour les examens probatoires institués. Ces examens comportent une épreuve écrite sur un sujet de pathologie mentale, une épreuve clinique sur un malade de neurologie et un de psychiatrie, avec applications médico-légales (rapport) et thérapeutiques (notamment électrothérapie).

Cette circulaire met, au point de vue spécial qui nous occupe, notre armée de mer dans une situation privilégiée. On ne peut que souhaiter de voir le bénéfice de

cette réforme s'étendre bientôt à notre armée de terre. En attendant la réalisation de ce programme, les médecins militaires, en garnison dans le voisinage d'un asile, ne pourraient-ils en profiter pour se familiariser avec les maladies mentales dans les services de leurs confrères civils où ils trouveraient le meilleur accueil? Ne pourrait-on aussi mettre à profit les périodes d'instruction militaire des médecins aliénistes pour organiser des conférences sur les questions psychiatriques qui intéressent spécialement le médecin militaire, sur les questions d'hygiène mentale dont la connaissance est utile aux officiers? Il semble, en tout cas, que des mesures de ce genre ne pourraient manquer de donner de bons résultats.

## V

## LES ALIÉNÉS MILITAIRES EN TEMPS DE GUERRE

La question des aliénés en temps de guerre a une importance pratique de premier ordre, puisque tous les services d'une armée doivent être organisés en vue d'une entrée en campagne. Il importe donc de prévoir les mesures à prendre pour parer aux inconvénients de la présence des aliénés parmi les troupes mobilisées. Graujux, avec son incontestable compétence, a traité cette question au Congrès de Nantes, et Roubinovitch a présenté un rapport très documenté sur les embarras et les surprises que causa à l'armée russe, pendant la guerre russo-japonaise, l'accumulation à Kharbine de 2.000 aliénés, soit 2 p. 1.000 de l'effectif. Ronbinovitch, après Régis, fait ressortir que ces faits prouvent la nécessité d'une organisation psychiatrique militaire en temps de paix, organisation qui, en éliminant les vrais aliénés avant l'entrée en campagne, réaliserait une économie de personnel et de vivres, et éviterait l'encombrement des locaux par des éléments inutiles et dangereux. Les Russes durent affecter aux troupes combattantes des formations sanitaires spéciales en vue du traitement immédiat des aliénés et de l'observation des douteux. Des lignes avancées, ces hommes furent ensuite évacués sur Kharbine. On se figure aisément les difficultés créées par une pareille situation à plus de

8.000 kilomètres d'un asile quelconque. Des asiles provisoires durent être établis sur les lignes d'étapes.

Granjux estime que l'expérience de cette campagne démontre que, même dans les circonstances les plus graves, les plus difficiles, il est possible de créer des asiles provisoires susceptibles de faire face aux besoins. Sans doute dans une guerre européenne les difficultés seraient moins grandes ; mais les mêmes besoins d'une organisation psychiatrique se feraient sentir, d'où nécessité d'hôpitaux de campagne pour aliénés, d'hôpitaux auxiliaires spéciaux sur les lignes d'étapes, pour recueillir provisoirement les aliénés devenus incapables de continuer leur route vers les asiles du territoire. Il faudra, d'après Granjux, affecter à ce service spécial, les aliénistes servant dans la réserve ou dans l'armée territoriale, et mettre à la tête des hôpitaux de campagne pour aliénés, fonctionnant dans une zone si agitée, des hommes qui seraient familiarisés avec l'organisation et les besoins d'un asile, d'une part, et qui, d'autre part, auraient l'habitude du commandement et de l'administration militaires, c'est-à-dire des médecins militaires spécialisés en psychiatrie.

L'organisation du service psychiatrique dans l'armée. répond donc à la fois à un besoin d'humanité, de justice et de défense nationale.

La réforme réalisée pour l'armée de mer est due à l'esprit d'initiative et de progrès du sous-secrétaire d'Etat qui a passé du département de la Guerre à celui de la Marine. Quand on considère que dès 1907 (circulaire du 16 novembre), M. Chéron a fait un pas vers l'expertise psychiatrique obligatoire des militaires en prévention de conseil de guerre, on est obligé de reconnaître que l'organisation du service psychiatrique dans la Marine est le résultat d'une étude bien mûrie. C'est là, pour cette heureuse réforme, une garantie de durée et aussi, il faut l'espérer, d'extension prochaine à l'armée de terre ; car on conçoit difficilement qu'en pareille matière, les hommes de notre armée soient traités différemment selon qu'ils relèvent du ministère de la Marine ou de celui de la Guerre.

---

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1910

Présidence de M. ARNAUD.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Dheur, Dupony, Hamel, Lagriffe, membres correspondants, assistent à la séance.

*Correspondance et présentations d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Ministre de l'Instruction publique accompagnant le programme du Congrès des sociétés savantes à Caen en 1911 ;

2° Des lettres de MM. Juquelier et Piéron, qui remercient la Société de les avoir nommé membres titulaires ;

3° Une lettre de M. Bravo y Moreno, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

4° Une lettre de M. le D<sup>r</sup> J. A. Valdès Anciano, professeur de psychiatrie à l'Université de La Havane, qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Legras, Semélaigne et Dupain, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend ;

1° *Plan pour l'étude de l'homme*, par M. Mac Donald ;

2° Les *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéros des mois de juillet, août, septembre et octobre 1910 ;

3° *Ecos de las Mercédès*, le numéro du centenaire de la République Argentine.

*Mort de MM. Raymond et Bombarda.*

M. LE PRÉSIDENT. — Mes chers collègues, depuis quelque temps, la mort s'acharne contre nos maîtres en psychiatrie et en neurologie. Après le professeur Joffroy, après le professeur Brissand, c'est le professeur Raymond qui vient d'être atteint! Nous le savions fatigué, à la suite du dernier concours d'agrégation, dont il avait été un des juges, mais nous espérions tous que le repos des vacances et le grand air de la campagne ne tarderaient pas à lui rendre ses forces et son entrain. Aussi, la nouvelle de sa mort nous a-t-elle surpris autant qu'affligés!

Ce n'est pas ici le lieu de retracer la brillante carrière du professeur Raymond. Vous savez tous avec quelle autorité, avec quel succès il occupait cette chaire de la Salpêtrière que lui avait laissée Charcot. Portant un vif intérêt aux questions de psychopathologie, il avait voulu être des nôtres, bien que ses multiples occupations ne lui permissent guère d'assister à nos séances. Cet éminent professeur était aussi un homme excellent, très simple et très sûr dans ses relations, plein de bonté et de bienveillant optimisme. Sa perte sera vivement ressentie par tous ceux qui l'ont connu!

Je suis assuré, mes chers Collègues, de répondre à vos sentiments unanimes en adressant à sa famille, si cruellement frappée, l'expression de nos plus vifs regrets et de notre douloureuse sympathie.

J'ai encore à vous rappeler une autre perte, celle du professeur Bombarda, de Lisbonne, un de nos plus distingués associés étrangers. A la fois professeur de physiologie, médecin d'un asile d'aliénés, et homme politique, Miguel Bombarda avait dans son pays une importante situation. Sa mort, qui semble avoir été le signal de la révolution portugaise, a pris les proportions d'un événement historique. Pour nous, elle nous touche surtout parce que, frappé par un de ses anciens malades, le professeur Bombarda est tombé victime du devoir professionnel, et c'est à ce titre que nous adressons à sa mémoire un souvenir et un hommage émus!

## Le réflexe psychogalvanique en médecine mentale,

par M. H. PIÉRON.

On a, récemment, accordé une très grande importance au phénomène que l'on a dénommé « réflexe psycho-galvanique », et qui consiste en ceci : un faible courant traversant un sujet et passant à travers un galvanomètre, dont l'aiguille se trouve déviée, ou ramenée au 0 par l'emploi d'un shunt approprié, certains phénomènes mentaux se traduisent par une déviation brusque de l'aiguille galvanométrique, dans le sens d'une augmentation d'intensité du courant, et ceci, disait-on, fournit un procédé de lecture de pensée ; on l'a employé chez Miss Beauchamp pour mettre en évidence la coexistence de doubles personnalités ; on l'a recommandé pour établir l'existence ou la non existence d'anesthésies apparentes dans le cas de simulation possible ; on l'a préconisé pour déterminer le degré d'émotivité d'un individu, en particulier dans le cas d'une absence apparente d'émotion telle qu'en offre parfois la pathologie mentale. Quelle est donc la valeur de ce nouveau moyen d'investigation ?

Avant de le juger, il nous faut faire plus ample connaissance avec le phénomène visé. C'est Féré qui, pour la première fois, en 1888, signala le fait, chez des hystériques, n'obtenant à peu près rien avec des normaux : son galvanomètre aurait donné un milliampère par division, et les déviations obtenues par des excitations sensorielles quelconques atteignaient jusqu'à 13 divisions !

Les résultats de Féré laissèrent généralement sceptiques, comme ceux précédemment exposés, et où il concluait à des charges électriques énormes, d'origine organique, à la surface de la peau, alors qu'il s'agissait d'électrisation par frottement des habits sur une peau sèche.

Plus tard, en 1890, cependant, Tarchanoff constatait, sous les mêmes influences, des déviations galvaniques, mais sans employer de source d'énergie électrique et

en reliant seulement les membres aux deux pôles du galvanomètre, phénomène se rapprochant de ceux décrits par le baron de Puyfontaine avec son fameux galvanomètre à 80.000 mètres de fil d'argent, et attribués par M. R. Vigouroux, qui assista aux expériences, à des variations de la pression des mains sur les électrodes.

Sticker refait avec succès, en 1897, les expériences de Tarchanoff; Sommer et Fürstenau, employant une électrode de charbon et une électrode de zinc, constituent une pile avec l'organisme qui relie les deux éléments et refont, en somme, les expériences de Féré, en 1905, comme Knaner en 1908.

Mais, entre temps, en 1904, un ingénieur de Zurich, Müller, avait redécouvert le phénomène de Féré, et s'engagea bientôt dans les voies d'interprétation dangereuses, métapsychiques, qu'avait déjà parcourues de Puyfontaine, et où un collaborateur de la deuxième heure, le psychiatre Veraguth, se refusa à le suivre, reprenant à lui seul les recherches : du domaine de la pathologie mentale le phénomène, qui en était sorti avec les successeurs de Féré, allait y entrer triomphalement avec Veraguth, en 1906-1909, puis avec un autre suisse, Jung, qui collabora avec Peterson, lequel, avec un enthousiasme débordant, vulgarisa en Angleterre et en Amérique les mérites extraordinaires du réflexe psychogalvanique, collaborant avec Morton Prince. Les recherches de psychologie normale de Binswanger en Allemagne, les recherches de mécanisme physiologique de Boris Sidis en Amérique, et mes propres recherches en France, complètent l'historique du phénomène.

Quelles sont donc les causes exactes de la variation galvanique? quel en est le mécanisme?

Les causes qui ont été décrites seraient : les excitations sensorielles, les émotions, les processus mentaux supérieurs (calcul mental, attention, etc.).

Or, j'ai pu mettre en évidence que toutes ces causes se ramenaient à une seule, l'émotion, qui peut accompagner les excitations-chocs et certains processus mentaux. L'approche d'une excitation peut suffire à provoquer la déviation, et, en revanche, l'excitation, lorsqu'elle est répétée, perd rapidement toute influence,



parce qu'elle cesse de provoquer une émotion ; dans les exemples de Veraguth, on peut d'ailleurs, à cet égard, trouver des faits probants.

Au point de vue du mécanisme, la question reste encore obscure. On a d'abord pensé, comme pour les expériences de Puyfontaine, que les sujets, à qui on faisait généralement tenir des électrodes, les serraient plus ou moins fort.

L'hypothèse n'est pas valable, car la déviation ne se produit qu'après un temps de latence de une à trois secondes, tandis que les réactions musculaires s'effectuent en moins d'une seconde. Et, en paraffinant les mains, en ôtant sur une petite surface la couche de paraffine, et en plongeant les mains ainsi accessibles au courant sur une surface constante dans des vases remplis d'eau physiologique servant d'électrodes, les mêmes phénomènes se constatent (expériences personnelles ; Boris Sidis). On a parlé de simples faits de polarisation, mais cela n'explique rien, car avec des électrodes impolarisables d'argent chloruré (expériences personnelles) on obtient encore des déviations.

Féré a cru qu'il s'agissait d'une influence indirecte des variations vasculaires ; mais j'ai constaté qu'il n'y avait aucun parallélisme entre les phénomènes de vasodilatation et les déviations galvaniques, et la bande d'Esmarch n'abolit pas le réflexe psycho-galvanique d'après les observations de Veraguth, bien que j'aie constaté alors une diminution d'intensité des déviations, sans abolition totale.

Veraguth déclare alors que c'est un phénomène glandulaire de la région cutanée, et, d'après les variations d'intensité du réflexe suivant le siège des électrodes, il met en cause les glandes sudoripares. Malheureusement, il a constaté lui-même l'existence du réflexe chez le chien — ce que j'ai vérifié également, — et le chien n'a pas de glandes sudoripares. D'un autre côté, avec des électrodes placées sous la peau, chez le chat et chez l'homme, en plaçant les électrodes sur des muqueuses, j'ai obtenu quelquefois, avec une intensité moindre il est vrai, le réflexe galvanique. Mais tous ces cas positifs permettent d'éliminer l'hypothèse de Veraguth.

Boris Sidis, supprimant la source d'énergie électrique,

constate des déviations absolument caractéristiques avec un galvanomètre très sensible, qui reste au zéro lorsqu'on place ou enlève les électrodes, et qui permettait d'apprécier le millionième de milli-ampère, ce qui nous met très loin de l'appareil de Féré! Il met en évidence le rapport de ces déviations avec les phénomènes musculaires (abolition par enrarisation), et rattache le fait à celui constaté par Waller depuis pas mal d'années déjà. Pour lui, en outre, la production d'électricité musculaire est la seule cause qui, en dehors des phénomènes de polarisation, explique les variations apparentes de résistance dans le réflexe psycho-galvanique.

Mais, avec un galvanomètre Desprez-d'Arsonval bien moins sensible (donnant le centième de milli-ampère), je n'ai jamais obtenu de déviation spontanée chez l'homme sous l'influence des émotions, alors que celles-ci donnaient, lorsque passait un courant faible (fourni par deux éléments Léclanché), des déviations de 120 millimètres; en outre, le courant d'origine musculaire a un sens et doit, tantôt s'opposer, tantôt s'ajouter au courant; or, la déviation se produit toujours dans le sens de l'augmentation du courant, où que se trouvent le pôle positif et le pôle négatif.

Les faits sont donc bien obscurs, d'autant plus que, d'après mes expériences, l'intensité de la déviation n'augmente aucunement avec la surface cutanée en jeu, bien que, dans la résistance totale, la peau représente environ les 999 millièmes.

L'interprétation hypothétique à laquelle je me rallie est la suivante: Heumann a constaté qu'après avoir fait passer dans l'organisme un courant, on pouvait mettre en évidence aussitôt après un courant spontané de sens inverse, réaction de défense semble-t-il. Et, de fait, lorsque l'organisme est traversé par un courant, la résistance apparente augmente, ce qui peut être dû à l'action d'un courant de sens contraire; ce seraient les variations de ce courant, ce qui rapproche des vues de Boris Sidis, qui engendreraient les déviations du réflexe psycho-galvanique, mais ce courant lui-même devrait être suscité par un courant d'origine exogène.

Quoi qu'il en soit, le fait, qui avait rencontré et qui

rencontre encore des sceptiques, est hors de doute, et son mécanisme ne réside pas dans quelques grossiers mouvements.

Il y a donc là une méthode d'investigation légitime; est-elle fructueuse?

Constatant que des allusions à des faits ignorés de la personnalité en jeu, chez Miss Beauchamp, provoquaient des déviations galvaniques comme si elle avait connu ces faits, Morton Prince et Peterson en tirent un argument en faveur de la simultanéité des personnalités et des consciences, en faveur de la « co-conscience ».

On pourrait aussi bien conclure à de la simulation, comme pour les anesthésies hystériques, étant donné que Veraguth constate des déviations plus grandes pour les excitations portées du côté anesthésié que du côté sain, le sujet ayant les yeux bandés : l'émotion doit en effet être plus grande lorsque les excitations sont fortes sur le côté où les manifestations de sensibilité doivent être inhibées.

Mais la méthode doit-elle devenir un des moyens habituels de déceler les anesthésies simulées, comme l'affirme Veraguth? Non, car elle est à cet égard dangereuse et fautive : si un sujet voit porter les excitations, en effet, il réagit par une déviation galvanique, même du côté réellement anesthésié; en revanche, un sujet sensible, mais inémotif, peut ne donner aucune déviation; et il suffit, en tout cas, de répéter trois ou quatre fois l'expérience pour ne plus rien obtenir du tout.

Pratiquement donc, le réflexe psycho-galvanique est inutilisable à ce point de vue; il ne permet d'étudier que l'émotion; Peterson affirme qu'il permet de la mesurer, mais c'est beaucoup dire.

Or, de même qu'il y a d'autres méthodes — et de meilleures — pour déceler la simulation des anesthésies, de même il existe d'autres méthodes pour étudier les phénomènes émotionnels, en particulier l'enregistrement des variations vasculaires, qui est, somme toute, moins compliqué, moins difficile, moins soumis à de multiples causes d'erreur que l'étude de la déviation galvanique. Celle-ci reste un moyen légitime d'investigation, et sans doute utile parfois, mais d'un usage délicat et

dangereux. Elle ne fournit certes pas un procédé d'étude aussi important en pathologie mentale que certains de ses enthousiastes protagonistes ont tenté de le faire croire.

#### DISCUSSION

M. MARCEL BRIAND. — J'ai été témoin avec notre ancien collègue, le regretté D<sup>r</sup> Chambard, de phénomènes analogues à quelques-uns de ceux décrits par M. Piéron. Voici dans quelles circonstances :

Le D<sup>r</sup> Chambard, dont l'érudition était des plus étendues, avait un esprit curieux auquel aucune science ne demeurait étrangère, aussi tous les problèmes de la psychologie l'intéressaient-ils beaucoup.

Il avait imaginé plusieurs expériences ingénieuses pour mesurer la rapidité des sensations, le temps de réaction de certains actes intellectuels simples ou compliqués, les modifications survenues dans la température et de la perméabilité électrique des diverses régions du corps sous certaines influences, etc.

L'une de ses expériences consistait à mettre le sujet en face d'un tableau noir, servant de support à des tubes de Gessler, de couleurs, de formes et positions différentes, dont l'opération rendait l'un ou plusieurs lumineux.

Le sujet, suivant que l'un ou l'autre tube s'éclairait, devait faire un geste différent qui s'enregistrait, au chronographe, sur un cylindre noirci.

Un de ces gestes consistait à rompre, par le déplacement d'un des fils de platine, fixés aux doigts et en contact avec du mercure, un courant électrique traversant le sujet.

Or, maintes fois, Chambard et moi avons constaté, au galvanomètre, des modifications dans la résistance du corps humain, résistance que modifiaient les conditions de l'opération intellectuelle effectuée.

Je ne crois pas que cette expérience, pas plus d'ailleurs que plusieurs autres, de même ordre, conçues par le D<sup>r</sup> E. Chambard, alors qu'il était chef de laboratoire à la Clinique des maladies mentales, ait été publiée.

C'est cette circonstance qui m'amène à la faire connaître à M. Piéron, car elle vient à l'appui de sa très intéressante communication.

M. ARNAUD. — Je m'associe aux conclusions de M. Piéron, il faut être extrêmement prudent dans l'interprétation des faits.

La séance est levée à 5 h. 45.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

---

## SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1910

### Présidence de M. ARNAUD.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Buvat, Capgras, Delmas, Dromard, Dupouy, Fillassier, Marchand, membres correspondants, assistent à la séance.

### *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Sérieux, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

2° Une lettre de M. Belletrud, médecin-directeur de l'asile de Pierrefen (Var), qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant. — Commission : MM. Dupain, Vigouroux et Juquelier, rapporteur.

3° Une lettre de M. Baruk, médecin-directeur de l'asile de Sainte-Gemmes, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant. — Commission : MM. Briand, Legras et Semelaigne, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Les internements arbitraires des aliénés. Documents sur la législation des aliénés et la pratique légale,*

par M. Stransky. — M. de Clérambault est chargé d'analyser ce travail.

2° *Demi-folie et folie altérée ; Le plus important chapitre de l'anthropologie criminelle ; L'intermittence criminelle*, par M. Del Greco.

M. le Président déclare la vacance de trois places de membre titulaire de la Société. L'élection de la Commission d'examen des candidatures aura lieu à la prochaine séance.

### *Rapport de candidature.*

M. DUPAIN. — Messieurs, dans votre précédente séance, vous avez désigné une Commission composée de MM. Legras, Semelaigne et Dupain, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. le D<sup>r</sup> J. A. Valdès Anciano, de La Havane, qui demande à faire partie de votre Société en qualité de membre associé étranger.

Notre confrère M. le D<sup>r</sup> Valdès Anciano, membre de la Société d'études cliniques de La Havane en 1904, médecin de l'hôpital Mercédès, puis médecin en chef du service de la division des maladies nerveuses et mentales, fut, dès cette époque, chargé du Cours complémentaire de ces mêmes maladies à l'Université de La Havane. En 1906, à la suite d'un concours, il était nommé professeur de neurologie et de psychiatrie à cette même Université.

Entre temps, M. le D<sup>r</sup> Valdès Anciano était admis en qualité de membre titulaire à prendre place à l'Académie des sciences de La Havane ; il était déjà correspondant de la Société de neurologie de Philadelphie et membre honoraire de la Société de médecine mentale de Belgique ; depuis l'année dernière, il est associé étranger de la Société clinique de médecine mentale de Paris.

Notre confrère a publié une vingtaine de mémoires et travaux sur les maladies nerveuses et mentales dans les périodiques cubains ou de l'étranger ; mais, à notre grand regret, aucun de ses ouvrages n'est arrivé entre nos mains et nous ne pouvons vous en donner une analyse.

Vous savez, Messieurs; combien grand est l'effort accompli vers le progrès par la jeune République de Cuba. La Havane n'est pas seulement la capitale de « la perle des Antilles », c'est aussi le centre intellectuel de la génération nouvelle. Autrefois, « les conquistadors » faisant voile vers l'inconnu des mers inexplorées, arrêtaient la proue des caravelles devant ces îles pour y chercher de l'or. Aujourd'hui, les médecins, fils des conquérants de ce monde, jadis nouveau, font route vers notre vieille France, attirés par les scientifiques trésors amassés par Pinel et par ses successeurs. Et c'est pourquoi nous assistons à cet ardent effort de ces savants, qui, pour mieux s'instruire, recherchent, par delà l'Océan, votre commerce de science et souhaitent mettre à profit vos travaux et vos débats.

L'énumération seule des titres du distingué professeur de psychiatrie de l'Université de La Havane suffit à vous faire connaître son œuvre et ses aspirations relatives à votre spécialité. Votre Commission vous propose donc d'admettre en votre compagnie M. le D<sup>r</sup> Valdès Anciano en qualité de membre associé étranger.

M. le D<sup>r</sup> Valdès Anciano est élu membre associé étranger à l'unanimité des membres présents.

### Un faux masochiste,

par M. A. VIGOUROUX.

J'ai intitulé cette observation un faux masochiste, parce que le malade ne paraît pas devoir entrer dans le groupe des masochistes décrits par Krafft-Ebing, bien que, inverti génital, il se soit fait flageller par sa femme comme un véritable masochiste. Le seul intérêt de cette communication réside dans la recherche de la perversion de la sensibilité qui poussait ce malade à se faire souffrir.

Voici le résumé de l'observation :

B..... (Paul), âgé de trente-six ans, entré à l'asile de Vaucluse le 27 mars 1909. Il avait été arrêté six mois auparavant pour abus de confiance; il s'était emparé de l'argent des termes

touchés par sa femme, concierge d'une maison à Paris, et était allé jouer aux courses.

Arrêté, il passa vingt-cinq jours à la prison de la Santé, et bénéficia d'un non-lieu à la suite d'un rapport du D<sup>r</sup> Séglas, qui constata : de la *déséquilibration mentale, des idées de persécution et surtout de grandeur et des hallucinations psychiques*.

A Sainte-Anne, le D<sup>r</sup> Magnan le conserva cinq mois dans son service et fit le diagnostic de *délire polymorphe avec idées mystiques, ambitieuses et de persécution chez un dégénéré*. Il note aussi des hallucinations et des troubles de la sensibilité générale.

Dès son arrivée dans le service, B... se montra réticent, se tenant sur la réserve, craignant qu'on ne le prit pour un fou ; il nie les idées de persécution et les hallucinations, mais il se montre orgueilleux, satisfait de lui-même et de son intelligence. Il ne veut pas croire qu'il est ici comme aliéné : « Il y a certainement erreur : peut-être, cependant, en parlant de philosophie avec le D<sup>r</sup> Séglas, a-t-il dit deux ou trois mots de trop qui ont trompé ce médecin ? » Depuis qu'il est à Sainte-Anne, il s'intéresse beaucoup aux maladies mentales, il a fait de curieuses remarques, dont il profitera, etc.

La police s'est grossièrement trompée sur son compte en le prenant pour un voleur : s'il a pris l'argent du terme pour aller jouer aux courses, c'est qu'il savait que sa femme, qui manque d'ordre, avait dépensé une partie de l'argent destiné au propriétaire. Il se proposait de gagner aux courses la somme qui manquait, et il l'aurait fait sans nul doute si on ne l'avait arrêté trop tôt.

Il est, en effet, sûr de gagner quand il joue aux courses : d'abord, parce qu'il est intelligent et qu'il sait jouer, et ensuite parce qu'il a des pressentiments basés sur l'interprétation symbolique des événements, il sait voir « *le symbolisme du nom du cheval gagnant* ». Exemple : un jour, allant aux courses, il tenait un morceau de papier à la main, une papillote ; le vent souffle et le lui enlève ; il comprend que c'est Papillote qui doit gagner, et ce fut vrai. Il n'avoue pas d'hallucinations auditives vraies ; il reconnaît cependant qu'un matin, en s'éveillant, il entendit une voix de femme lui dire : « Courage, vous reverrez les vôtres... » Ce n'était pas un rêve ordinaire, et il comprit qu'il y avait là du *procédé*. Il avoue également que lorsqu'il travaille cérébralement, il lui vient des idées qu'il ne reconnaît pas comme siennes, et il en conclut que la transmission de la pensée est possible. Par contre, il a de nombreuses interprétations délirantes : un craquement de meuble, un bruit, en apparence banal, a d'étranges significations : « c'est un craquement sinistre qui lui apprit la mort de Guyot-Dessaigne ».



Il parle souvent de la franc-maçonnerie, des congrégations, de la cabale juive, religion qui applique la justice à l'envers. Il a voulu être franc-maçon, puis il a refusé, car il n'a pas pu avoir les explications suffisantes : proph. que veulent dire les trois points ? proph-âne ou proph-ète ; c'est injurieux. Pourtant, il aurait aimé être franc-maçon, comme Victor Hugo, dont l'esprit ironiste a beaucoup d'analogie avec le sien.

En dehors des examens, il est calme et travaille au bureau de la Direction, où il rend des services.

Tel est encore aujourd'hui l'état mental de B..., qui a pour caractères principaux : une vanité un peu niaise, des interprétations délirantes multiples, quelques idées de persécution et des idées mystiques au sujet de la maçonnerie et de la cabale juive.

Dès son arrivée, nous avons été fort intrigué par la constatation de cicatrices linéaires presque effacées, qui sillonnaient tout son corps, et au sujet desquelles il ne voulait entrer dans aucune explication.

Heureusement, sa femme vint le visiter et nous fournit les renseignements suivants :

L'hérédité de B... n'est pas indemne de tares : son père est mort à soixante-trois ans d'anémie cérébrale (?), apathique et affaibli, après avoir eu une attaque de ramollissement à cinquante-cinq ans. Sa mère, de caractère très irascible, est morte d'une affection hépatique. Son frère est un homme bizarre, exalté, ayant des idées de grandeur, et qui a été abandonné par sa femme.

Élevé au lycée de Reims, il était employé des postes quand sa femme le connut, à l'âge de vingt-deux ans ; il venait d'être mis en disponibilité pour détournement.

Il avait, à ce moment, un ami trop intime, avec lequel il entretenait des relations pédérastiques, dans lesquelles il jouait le rôle passif. Cet ami avait sur lui un ascendant énorme ; il le dominait complètement, il fut l'instigateur des indécrottes qu'il commit.

De vingt-deux à vingt-cinq ans, il ne trouva pas de travail et vécut aux dépens de sa femme. De vingt-cinq à vingt-neuf ans, il fut commis-comptable chez Al..., avec son ami Blo... ; il fut renvoyé pour vol ; enfin, il travailla, de trente et un à trente-quatre ans, à la *Place Clichy*, d'où il fut remercié parce qu'incapable ; depuis, il n'a pas travaillé.

B... n'a jamais été très excité génitalement, du moins vis-à-vis de sa femme ; il eut cependant des rapports normaux avec elle et en eut un enfant. Ces rapports furent de plus en plus rares et cessèrent il y a cinq ans environ. Sa femme croit qu'il n'avait jamais cessé les pratiques pédérastiques ; un

jour, il avait même avoué à sa femme son inversion génitale; au moment de son arrestation, il avait sur lui le portrait de l'ami.

Il y a cinq ans environ, il était drôle, étrange, mais ne manifestait pas de délire; un soir, rentrant de son travail, après dîner, il demanda à sa femme de le flageller avec la courroie de la machine à coudre. Comme celle-ci s'étonnait de l'étrangeté de cette demande, il lui dit que cela se faisait beaucoup dans certaines maisons à Paris, et, sur son refus, il se flagella lui-même de toutes ses forces.

Plus tard, il obligea sa femme de le frapper jusqu'à ce que le sang coulât. Pendant ce temps, ses yeux étaient fixes, il ne prononçait pas une parole; après, il était très calme.

Jamais, ni pendant la flagellation, ni après, il n'eut d'érection, ni ne chercha à avoir des rapports génitaux. Sa femme se rappelle même que, pendant ces séances, il tenait sa verge cachée entre ses cuisses. Ces scènes se renouvelèrent tous les huit jours environ pendant quatre ans; si sa femme refusait, il se frappait lui-même, souvent il se tenait debout, tout nu, les bras en croix; d'autre fois, il s'enfonçait dans les jambes des épingles de chapeau rougies au feu.

Enfin, dernier détail, M<sup>me</sup> B..., après avoir dûment constaté la frigidité de son mari et dégoûtée par son inversion avouée, avait pris un amant qui fréquentait ouvertement la maison et dont elle eut une fille, aujourd'hui âgée de trois ans et demi. B... jamais ne manifesta la moindre jalousie.

Longtemps B... ne voulut pas nous parler du but qu'il poursuivait en se flagellant, et ses réponses étaient dilatoires. Il finit cependant par avouer qu'en se faisant battre ainsi, il éprouvait *un sentiment, une sorte de béatitude affectueuse qui s'étendait à l'humanité tout entière; c'était une sorte d'extase.* Et quand nous lui demandions pourquoi il se mettait tout nu les bras en croix, il répondit : *C'était peut-être symbolique, en rapport avec un individu qui a été mis en croix.*

B... reconnaît qu'il n'ignorait pas l'existence de l'amant de M<sup>me</sup> B... « Mais ma femme était folle, dit-il, et incapable de comprendre toute l'ironie de ma conduite. »

La réticence même du malade nous empêche de faire l'analyse psychologique minutieuse qu'un tel cas exigerait; cependant, il est possible de tenter un diagnostic.

Est-ce un perversi, un masochiste, un amant de la douleur pour elle-même ou un mystique?

L'absence d'érection et de tout désir sexuel pendant et après la flagellation ne nous permet pas de ranger B... dans la catégorie des perversis ou des débauchés qui recherchent dans un moyen mécanique: flagellation

ou pointes de feu, l'excitation passagère de leur virilité affaiblie.

D'autre part, le masochisme, tel que le définit Krafft-Ebing « est une perversion particulière de la *vita sexualis* qui consiste dans le fait que l'individu est, dans ses sentiments sexuels, obsédé par l'idée d'être soumis absolument à une personne du sexe opposé, d'être traité par elle de manière hautaine au point de subir des humiliations et même des tortures ». B..., évidemment, n'est pas normal au point de vue génital, puisqu'il est pédéraste passif; il a été dominé toute sa vie par son ami, il a subi l'humiliation de vivre avec l'amant de sa femme sans protestation, mais les flagellations n'avaient pas pour but la satisfaction d'un désir génital, alors que dans les observations de Krafft-Ebing on voit toujours que les masochistes se livrent aux scènes les plus bizarres, aux actes les plus répugnants, afin de pouvoir accomplir le coït, obtenir l'éjaculation ou au moins un équivalent voluptueux.

Dans l'exemple classique de Jean-Jacques Rousseau, l'association de la douleur physique et de la honte avec l'excitation génitale est notée par l'auteur lui-même, et M<sup>lle</sup> Lamercier renonce à donner le fouet parce qu'elle s'aperçut « à quelque signe » que le châtiment n'allait pas à son but.

L'observation de Sacher Masoch, telle qu'elle est connue par les mémoires publiés par sa femme dans le *Mercur de France* 1907, sous le titre : « Confession de ma vie », mémoires dont évidemment la sincérité peut être mise en doute, ne montre pas de façon évidente, à mon avis, cette relation entre le plaisir de la douleur physique et de la souffrance morale, qu'il recherchait avidement, et la satisfaction génitale.

Comme mon malade, Sacher Masoch ne paraît pas avoir été absolument normal : dans les dires de sa femme, il est possible de supposer l'inversion sexuelle; de plus, il était très déséquilibré, très obsédé, il avait une crainte pathologique des maladies. Marié, il semble qu'il ait eu des relations normales avec sa femme et il eut plusieurs enfants. Son désir d'être dirigé, dominé, humilié, battu, ne paraît pas en rapport avec le désir génital.

Dans la souffrance, dans la tyrannie, dans la cruauté, il trouvait une excitation particulière qui lui était agréable et était nécessaire à son travail. On sait que pour lui la fourrure était le symbole de la force et de la domination ; sa femme et sa bonne devaient être vêtues de fourrures. Sa femme ainsi vêtue, un fouet à la main, l'air menaçant, s'asseyait près de sa table quand il travaillait. On jouait aussi aux brigands : sa femme et sa domestique, revêtues de fourrure, le cherchaient, le liaient à un arbre, le condamnaient à mort et le battaient réellement. Il préférerait recevoir le châtiment des mains de la domestique plus robuste : « Elle m'a battu magnifiquement, disait-il ; à chaque coup, je croyais que ma chair allait se déchirer. » Les scènes de flagellation ne paraissent pas avoir été combinées dans un but d'excitation génitale.

Il recherchait aussi les souffrances morales : « Dans l'infidélité de la femme aimée, fait-il dire à un des héros de son roman : *La Vénus aux fourrures*, se trouve un charme douloureux qui est la jouissance suprême. » Aussi aurait-il voulu que sa femme ait un amant, et autant que possible il l'eût préféré riche et pouvant subvenir à ses besoins. Un jour qu'un ami avait embrassé sa femme devant lui, il s'écria : « J'ai cru que mon cœur allait s'arrêter de battre. Ce fut pour moi un instant atroce d'indicible torture ; mais dans cette torture j'ai trouvé une volupté telle que je n'en ai jamais goûté de pareille. Il faut aimer une femme à la folie comme je t'aime pour que son infidélité vous fasse souffrir un *martyre aussi délicieux* que celui que je souffrirai quand je te verrai dans les bras d'un autre. »

Il existe des individus qui recherchent la douleur morale ou physique pour elle seule, pour la volupté qu'elle porte en elle-même.

Spencer a décrit le plaisir de la douleur *luxury of pity*. Bouillé, dans son ouvrage sur le *Plaisir de la douleur*, cite, d'après Mantegazza, le cas d'un vieillard qui avouait trouver un plaisir extraordinaire, supérieur à tout autre, à égratigner les contours enflammés d'une plaie, et celui de Jérôme Cardan, qui ne pouvait se passer de souffrir et avait l'habitude de mettre son corps à la torture jusqu'à verser des larmes.

A côté des amants de la douleur physique sont les amants de la tristesse et même de la douleur morale : la mélancolie des artistes et surtout des poètes en est un type bien connu :

Francis Jammes écrit :

O ma douleur, tu es mieux qu'une bien-aimée.

Charles Guérin, écrivant à un ami dit : « Ce que je trouve de plus beau, c'est la douleur. » Dans un grand nombre de ses poèmes : *Le cœur solitaire*, *Le Semeur de cendres*, etc., il exalte la douleur. Nous ne citerons que ces quelques vers extraits de *L'Homme intérieur* :

La douleur est un vin divin d'une âcreté sauvage  
L'âme trop tendre encore qu'elle est rongée au vif  
En devient insensible à tout autre breuvage  
Qui n'a pas son goût corrosif.

On pourrait rapprocher de ceux-ci, les individus qui recherchent les émotions pénibles et qui se complaisent à la représentation de scènes réalistes épouvantables. Le frisson d'horreur qu'ils ressentent leur est agréable.

Enfin, le mysticisme fit naître beaucoup d'algomanes, cités par le D<sup>r</sup> Lemesle, qui offrirent à la divinité des souffrances dans un but d'expiation ou de rédemption. La liste est longue des ordres religieux chez lesquels la discipline, le cilice, les pénitences étaient la règle.

Saint Siméon le Stylite, saint Pierre d'Alcantara, saint Ambroise, sainte Thérèse, sainte Rose de Lima, etc., se sont rendus célèbres par la rigueur des tortures qu'ils s'infligeaient. Les Juifs eurent leurs flagellants au XI<sup>e</sup> siècle ; au XVIII<sup>e</sup>, le tombeau du diacre Pâris en suscita de nombreux. Les bouddhistes, les fakirs s'imposent également des douleurs physiques épouvantables.

Les délirants mystiques se sont imposés, eux aussi, de cruelles souffrances et même se sont fait des mutilations pour obéir aux suggestions de leurs délires.

En résumé, ou bien B..., par une simple perversion de sa sensibilité générale, éprouvait simplement du plaisir allant jusqu'à l'extase, sous les coups qui le faisaient saigner ; ou bien, poussé par des idées mystiques qu'il n'avoue pas, mais que son attitude (les bras en croix)

et certaines de ses paroles permettent de soupçonner, il acceptait, dans un but que nous ignorons, les souffrances de la flagellation.

C'est à cette dernière hypothèse que nous nous rattachons, tout en nous excusant d'avoir apporté à la Société une observation aussi incomplète.

#### DISCUSSION

M. VALLON. — Je crois que le diagnostic de mysticisme s'impose. Il n'y a pas de masochisme, puisqu'il n'y a aucune relation entre la flagellation et l'acte génital. D'autre part, l'intensité de la douleur réelle est très difficile à apprécier : telle impression douloureuse pour les uns ne provoque pas de douleur chez un autre, et parfois au contraire. J'ai connu une ancienne religieuse qui dut cesser la pratique de la discipline, parce que chez elle les coups de lanière provoquaient l'orgasme vénérien.

M. DE CLÉRAMBAULT. — J'ai observé des hystériques qui éprouvaient un réel plaisir à se transpercer la peau avec une aiguille ; elles se procuraient par ces actes des émotions agréables et nouvelles. M. Vigouroux a cité quelques vers de poètes peu connus : je crois qu'il faut se méfier de la sincérité des poètes.

M. PIÉRON. — Il est très important de distinguer la sensation elle-même des effets de la sensation. Une sensation douloureuse est beaucoup moins vive lorsqu'elle est répétée, et lorsque le sujet se la procure lui-même. Ce n'est pas la sensation douloureuse que certains sujets recherchent, mais les effets de divers ordres que cette douleur fait naître.

M. TRÉNEL. — A propos du masochisme, je crois intéressant de rappeler que Sacher Masoch, dans ses propres mémoires, rapporte que son amour des fourrures aurait pris naissance dans des scènes d'un rêve survenu au cours d'une fièvre typhoïde. Krafft-Ebing cite des observations de masochistes qui recherchent la douleur dans un but autre que la provocation de l'orgasme génital.

M. SÉGLAS. — Dans un mémoire sur l'algophilie, j'ai

vu l'observation de malades morphinomanes qui, dans la piqûre, escomptaient l'effet excitant de la douleur.

M. Janet cite également des asthéniques qui se livrent à des pratiques douloureuses dans le but de se stimuler.

M. PIÉRON. — Il est très possible que, chez les pervers à puissance génitale diminuée pratiquant la flagellation, la douleur agisse sur le sens génital par un mécanisme du même ordre.

M. VIGOUROUX. — Je répondrai à M. de Clérambault que j'ai cité quelques vers de Maurice Guérin, mais aussi une phrase d'une lettre adressée à un ami et qui n'était pas destinée à la publicité, ce qui permet davantage de croire à la sincérité de ce poète. Je suis heureux que M. Vallon confirme le diagnostic de mysticisme. Je rappellerai cependant, pour justifier la longue discussion diagnostique, les rapports étroits de l'érotisme et du mysticisme.

## La jurisprudence des tribunaux en matière de divorce et d'aliénation

(*Commentaires cliniques et médico-légaux*),

par MM. JUQUELIER et FILLASSIER.

Lors de la discussion de la loi du 26 juillet 1884, M. Louis Guillot (député de l'Isère) déposa un amendement tendant à faire figurer l'aliénation mentale parmi les causes qui permettent aux tribunaux de prononcer le divorce.

Cet amendement eut, à l'époque, un grand retentissement au sein même de la Société médico-psychologique, et à la tribune de l'Académie de médecine.

La Commission de la Chambre des députés entendit MM. les D<sup>rs</sup> Blanche, Charcot, Legrand du Saulle et Magnan.

Sur le rapport de M. Léon Renault, la Chambre repoussa cet amendement. « La Commission, disait-il, a estimé que la maladie qui frappait l'un des conjoints, quelle que pût être sa gravité, ne pouvait jamais être regardée comme de nature à dégager l'autre époux de

ces obligations d'aide et d'assistance réciproques qui sont le fondement et l'honneur même du mariage tel qu'il a été institué par notre Code. »

Il y a quelques jours, M. Colin, député, a déposé une proposition de loi qui pose à nouveau le problème de l'aliénation et du divorce.

Nous ne nous proposons pas de reprendre cette question devant vous, vous apprécierez s'il convient de la retenir, mais simplement de rapporter ici quelques décisions de justice qui ont accueilli ou repoussé des instances en séparation de corps ou de divorce, et dans lesquelles l'aliénation mentale de l'un des conjoints était invoquée.

La jurisprudence des Cours et Tribunaux est ici très formelle : la folie ne saurait être invoquée à l'appui d'une instance en séparation de corps et de divorce. Les excès, sévices ou injures graves, commis sous l'empire de l'aliénation mentale, ne sauraient être retenus.

Les jugements et arrêts dans ce sens sont nombreux.

Citons un arrêt de la Cour de cassation, Chambre des requêtes du 5 mars 1902 (1) :

Un sieur L... s'était livré, vis-à-vis de sa femme, à des violences, d'ailleurs peu graves, dit l'arrêt. Les certificats médicaux attribuaient ces actes à une *neurasthénie grave* qui avait fini par nécessiter son complet isolement d'abord, puis son départ de Paris, et de longs voyages. La Cour refusa de prononcer le divorce, car « il n'y avait pas lieu de considérer L... comme responsable de ses actes imputables à la maladie dont il souffrait, et qu'il était incapable de réprimer ».

Voici une autre espèce :

Une dame X... demanda le divorce contre son mari, paralytique général, pour violences. Celui-ci est interné à Villejuif. Le Tribunal de la Seine (2) rejette la demande, car il n'a pu être établi que le malade était responsable au moment où les faits reprochés ont été commis.

Rapportons enfin un jugement du Tribunal de Lure du 14 mars 1863 qui nous a paru intéressant :

(1) D. P., 1902. 1, 192.

(2) Tribunal de la Seine, 12 février 1906. D. P., 1906, 2, p. 19.



Attendu qu'il résulte de l'enquête que, depuis un certain nombre d'années, la demanderesse a été en butte aux mauvais traitements de son mari; — Qu'en plusieurs occasions, il s'est livré sur elle à des violences graves, la terrassant, la foulant aux pieds, la frappant à coups de poings et de bâton jusqu'à effusion de sang; — Que ces faits, considérés en eux-mêmes, et en dehors des circonstances sous l'influence desquelles ils ont pu se produire, sont de nature à rendre le séjour commun insupportable à la femme, et rentrent sous ce rapport dans la classe des causes de séparation;

Attendu que le défendeur a été l'objet d'une instruction criminelle, terminée par une ordonnance de non-lieu motivée sur son état d'aliénation mentale; — Qu'on ne peut résister à cette conviction que les outrages et sévices ont été accomplis par le mari lorsqu'il était en état de démence; — Que si, sous l'empire de l'ancien droit, la question de savoir si la démence et les actes de fureur qu'elle engendre, sont des causes légitimes de séparation, a été résolue en sens opposé par les Parlements de Paris et de Rouen, elle ne paraît pas devoir faire aujourd'hui l'objet d'un doute sérieux; — Qu'en effet, bien que le défendeur soit matériellement l'auteur des sévices, il n'a apporté dans leur accomplissement qu'une volonté d'homme en démence, volonté quasi animale, qui, d'après la loi pénale comme d'après les plus simples lumières de la raison, est nécessairement exclusive de culpabilité; — Que la séparation de corps est, par elle-même et par les conséquences qu'elle entraîne, une véritable peine, ce qui suppose une faute imputable à l'époux contre lequel elle est prononcée;

Attendu que, d'un autre côté, l'article 212 du Code Napoléon impose aux époux le devoir réciproque de se porter secours et assistance, et que le législateur, qui savait que ce devoir devient plus étroit lorsque l'un des conjoints est atteint des infirmités qui peuvent affecter l'esprit aussi bien que le corps, a simplement rendu l'époux recevable à provoquer l'interdiction de son conjoint...

Rejetée... (1).

Une seule dérogation a été admise par un arrêt de la Cour de Montpellier du 1<sup>er</sup> février 1866 (2) :

Attendu, dit la Cour, que les imputations dirigées contre la

(1) *Gaz. des Trib.*, 6 janvier 1869, et dans le même numéro, Tribunal de la Seine, 27 novembre 1869, solution identique. Voir également arrêt 5 août 1890, D. P., 1891, 1, 365.

(2) D. P., 1867, 5, 390.

dame X... par son mari, bien qu'elles ne puissent dériver que des hallucinations d'un esprit troublé, sont cependant si graves et si persévérantes que la cohabitation imposée à cette dame par les devoirs du mariage n'offrirait plus pour elle aucune sécurité ;

Adoptant, au surplus, les motifs des premiers juges, confirme, etc... »

Il s'agissait, disent les commentateurs, d'un malade atteint de *morbus sacer*.

Cet arrêt n'a pas fait jurisprudence. C'est ainsi qu'un jugement du Tribunal de la Seine du 29 avril 1909 (1) a décidé qu'un époux ne pouvait se fonder sur ce fait que son conjoint était épileptique pour demander le divorce. Et cela alors même qu'il aurait dissimulé ses crises avant le mariage.

Les juges ont estimé, dans cette espèce, qu'il avait pu ne pas se rendre compte du caractère de ces crises, les médecins qui auraient pu l'éclairer étant liés par le secret professionnel (2).

Appréciant l'arrêt de la Cour de Montpellier, M. Laurent écrit ;

« Si le trouble de l'esprit dont parle cet arrêt était une maladie mentale, alors la Cour a méconnu les principes les plus élémentaires en matière d'injure et de divorce. Peut-on dire d'un mari qui a l'esprit troublé, dérangé, qu'il viole les devoirs qui naissent du mariage ?

(1) *Le Droit*, 22 mai 1905.

(2) Il nous paraît intéressant de rappeler à ce propos les lignes suivantes du Dr Brouardel (in *Le Secret médical*, Baillières, 1887, p. 35) :

« L'un des ascendants des futurs est un aliéné, un épileptique. Quand la famille, inquiète pour les enfants, nous a interrogés sur l'influence de l'hérédité morbide, n'avons-nous pas cherché à calmer les craintes, non pas en niant la possibilité du fait, mais en citant les cas dans lesquels cette hérédité ne s'est pas montrée ?

« La famille de ces malades nous délie du secret professionnel et ajoute : Dites la vérité ? Quelle vérité allons-nous avouer ? Celle que nous avons donnée à la famille de notre malade, mais elle n'est que relative, et alors nous trompons la personne qui nous interroge. La vérité vraie, complète ? Mais alors nous allons bien au delà de ce que la famille nous a autorisé à dire. Elle ne nous a délié que de la part de vérité qu'elle connaît, et celle-là est incomplète. Dire tout ou partie ne peut que tromper et amener précisément des actes que l'on veut éviter. »

et peut-il y avoir divorce sans cette violation? Y a-t-il injure là où il n'y a plus de saine raison?

« *Toutefois, en fait, la décision peut être très juridique. Le trouble de l'esprit peut provenir d'un mauvais sentiment, d'une jalousie aveugle; dans ce cas, il n'y a pas maladie mentale; le mari est responsable de ce qu'il fait; par suite, il y a injure et cause de divorce.* »

Il n'est même pas nécessaire que les Tribunaux possèdent la *certitude absolue* que les faits reprochés constituent des manifestations morbides, pour rejeter une demande de séparation de corps ou de divorce.

Un arrêt de la Cour de Paris du 10 novembre 1897 avait cru pouvoir trouver dans les témoignages recueillis, au cours de l'enquête, des habitudes d'ivresse suffisantes à la charge d'une dame C... pour prononcer la séparation de corps.

La Cour de cassation renvoya l'affaire devant la Cour d'Orléans.

Les nouveaux juges ne trouvèrent pas les faits nettement établis, car il résultait, de nombreux certificats médicaux produits, que la défenderesse avait présenté des crises convulsives et des manifestations hystéroides.

La Cour estima qu'il y avait doute, et que les faits d'ivresse, eussent-ils été établis, pouvaient ne pas avoir été volontaires, et dès lors injurieux.

Attendu, disait la Cour, qu'il ressort seulement de l'enquête que la dame C..., depuis son mariage, présente à maintes reprises un état d'exaltation qui l'a fait se livrer à des scènes plus ou moins vives et quelquefois scandaleuses; tant dans son ménage que sur la voie publique; — Qu'elle est même tombée à plusieurs reprises dans l'escalier et que les témoins ont pu de bonne foi attribuer ces faits à l'intempérance; — Qu'il reste à la Cour à rechercher si l'explication que peuvent en donner les appelants est ou non admissible;

Attendu qu'ils justifient que, dès le 27 juin 1893, le médecin ordinaire de la dame C... lui prescrivait d'éviter les contrariétés et toute émotion morale; — Que les 20 janvier, 17 et 23 février 1894, c'est-à-dire antérieurement à la demande de séparation introduite le 2 mai suivant, le Dr Voisin, médecin de la Salpêtrière, lui prescrivait du valérianate d'ammoniaque et des donches;

Attendu que le même médecin certifiait : 1° le 9 février 1897, que la dame C..., internée depuis le 4 juillet 1896, était atteinte

de nervosisme chronique caractérisé par des attaques convulsives pendant lesquelles il lui était arrivé de tomber dans le feu, et pendant lesquelles elle présentait une immobilité complète de tout le corps; 2° le 19 février 1897, que la dame C... avait commencé à présenter les premières atteintes de sa maladie névroso-mentale en l'année 1893 et que cette maladie n'avait cessé depuis lors de se manifester par de grandes attaques hystériques, par du délire et par des troubles profonds de la sensibilité générale et spéciale; 3° le 3 janvier 1898, que la dame C... était atteinte d'affaiblissement des fonctions intellectuelles et de mélancolie lié à la grande hystérie qui était caractérisée par des attaques convulsives, par l'insensibilité complète, par une sensibilité morale excessive, pour la cause la plus futile; que cet état morbide était par sa nature incurable;

Attendu que, le 10 novembre 1900, le médecin en chef de la Salpêtrière, successeur du D<sup>r</sup> Voisin, certifiait à son tour que la dame C... était atteinte d'hystérie caractérisée par des crises convulsives, et au point de vue mental par une impressionnabilité et une suggestibilité excessives; — Que les crises de cette maladie étaient devenues beaucoup plus rares depuis son internement, mais que son état mental, dont l'origine est héréditaire, était toujours le même;

Attendu que l'impressionnabilité excessive, le délire, les attaques convulsives, peuvent expliquer suffisamment les faits constatés par les témoins de l'enquête; — Qu'on prétendrait en vain que le D<sup>r</sup> Voisin n'a fait remonter les premières atteintes de la maladie, qu'à l'année 1893, c'est-à-dire à une époque postérieure à certains des faits reprochés à la dame C...; — Que la seule considération que l'origine de son état mental est héréditaire suffit à faire admettre que le mal, pour lequel le D<sup>r</sup> Voisin n'avait été consulté qu'en 1894, avait pu se manifester déjà, quoique d'une façon moins évidente, à une époque antérieure, par les faits même que l'enquête a établis; — Que si les habitudes d'intempérance de la dame C... eussent existé réellement, ces habitudes et leur suppression brusque résultant de l'internement auraient dû exercer sur les progrès et la marche ultérieure de la maladie héréditaire dont elle était atteinte une influence à laquelle il est inadmissible que les médecins n'eussent jamais fait la moindre allusion;

Attendu, au surplus, qu'il n'est pas nécessaire pour la Cour d'avoir la certitude juridique que l'explication fournie par les appelants est exacte; — Qu'il suffit qu'elle puisse faire naître un doute sérieux sur l'origine et la portée des actes de la dame C... pour que le caractère de faits d'ivresse donné dans le jugement de première instance aux faits résultant de l'enquête cesse d'être certain; — Que ce doute sérieux existe dans

l'espèce ; — Qu'on pourrait aller jusqu'à dire que des faits d'ivresse véritables auraient-ils été établis, leur caractère d'actes volontaires et par suite d'actes injurieux deviendrait lui-même douteux en raison de l'état mental héréditaire de la dame C... ; — Qu'à ce double point de vue, la preuve de l'existence d'injures graves commises par la dame C... envers son mari ne peut être considérée comme faite.

Par ces motifs, infirme le jugement dont est appel ; — Dit que C... n'a pas fait la preuve des injures graves imputées par lui à sa femme ; — Le déclare mal fondé dans sa demande en séparation de corps. (D. P. 1901. 2. 335.)

Mais encore ne faut-il pas que l'affection mentale du conjoint puisse être attribuée à quelque faute personnelle : à des excès alcooliques par exemple (Voir dans ce sens les arrêts de la Cour de Paris du 29 avril 1881, S. 1882, 2, 21 ; de la Cour de Besançon du 18 décembre 1896, D. 1898, 2, 4 ; de la Cour d'Agen du 30 janvier 1905, D. 1905, 2, 63), ou à des excès alcooliques et vénériens, alors même que le malade aurait dû être interné (Cour de Caen, 31 décembre 1889. D. P. 1891, 3, 280). Bien que le conjoint soit aliéné, mais parce que sa maladie a été actionnée par ses excès, les tribunaux prononcent le divorce.

Un arrêt de la Cour d'Alger du 11 juillet 1892 (D. P. 1893, 2, 20) a étendu cette jurisprudence aux excès commis par un conjoint qui s'adonne à la morphine.

L'espèce est intéressante. Les époux M... se marient, et les premières années de l'union paraissent avoir été heureuses. Cinq ans après, la femme, au cours d'une affection utérine, est traitée par la morphine. Elle s'y adonne, et, en dépit des exhortations de son mari, elle continue. Bientôt elle se livre à des voies de fait sur son mari, qu'elle traite de voleur et de canaille, sur les domestiques ; elle fuit à trois reprises le domicile conjugal, elle contracte des emprunts pour se procurer de la morphine. Aussi la Cour apprécie-t-elle.

Attendu, enfin, que l'ivresse morphinique, pour être moins abjecte que l'ivresse alcoolique, ne saurait, pas plus que cette dernière, dégager la responsabilité de la personne qui s'y livre habituellement et volontairement dans le but, non de supprimer une douleur trop vive, mais de se procurer des sensations extatiques qui peuvent lui paraître agréables mais, qui

cependant, en raison de l'état de nervosité qui en sera la suite, l'exposent à devenir une cause d'insupportable ennui, parfois même de danger pour son entourage;

Attendu que les faits susanalysés constituent des sévices et injures graves, que c'est donc à bon droit que les premiers juges en ont fait la base de leurs décisions... »

Cette opinion sur l'identité de l'ivresse alcoolique et de l'ivresse morphinique, que le commentateur du Dalloz approuve, est-elle, en l'espèce, rigoureusement exacte ?

Et avant tout, s'agissait-il d'ivresse ?

Ce que l'on connaît des conséquences de l'intoxication morphinique prolongée sur l'ensemble des facultés mentales, et en particulier sur le caractère, permet de supposer que les scènes violentes et les écarts de conduite retenus par les juges dans cette espèce devraient coïncider avec les périodes de jeûne momentané bien plus qu'avec les périodes d'influence morphinique. C'est vraisemblablement quand M<sup>me</sup> C... manquait de toxique, quand son mari tentait de lui en refuser qu'elle était vis-à-vis de lui grossière et violente, ou qu'elle fuyait, pour aller emprunter de l'argent au dehors.

Comme les premières injections ont été pratiquées ici à propos d'une affection douloureuse, comme il n'est pas indiqué qu'au moins une tentative sérieuse de démorphinisation ait été effectuée par les soins d'un médecin, on peut s'étonner de la décision des juges, et l'on doit signaler, au point de vue médical, l'assimilation erronée sur laquelle ils ont fondé leur conviction.

Nous avons cité un jugement du Tribunal de la Seine du 12 février 1906, qui a refusé de prononcer le divorce parce que la preuve n'avait pas été apportée que le malade était sain d'esprit à l'époque des faits reprochés.

Voici une espèce analogue, mais qui tire son intérêt de ce que l'époux défendeur était peut-être malade au moment du mariage, et malade dans des conditions telles que son consentement avait pu être vicié.

M. G... forma, en 1887, une demande en divorce contre sa femme, pour excès, sévices et injures graves. Le 5 juillet de la même année, le Tribunal d'Ambert

autorisa chacune des parties à prouver par enquête un certain nombre de faits articulés respectivement à l'appui de leur demande. Sur ces entrefaites, M<sup>me</sup> G... fut placée dans une maison d'aliénés. Le 14 août 1888, le Tribunal débouta M<sup>me</sup> G..., les griefs qu'elle invoquait ne paraissant pas établis, et repoussa la demande du mari, les dépositions de certains témoins entendus au cours de l'enquête ayant établi que si les faits retenus contre elle étaient pertinents, le dérangement de ses facultés mentales lui enlevait la responsabilité de ses actes.

Cette décision était conforme en tous points à la jurisprudence que nous avons indiquée, et à la doctrine.

M<sup>me</sup> G... interjeta appel et offrit de prouver que sa femme jouissait de la plénitude de ses facultés intellectuelles lors des écarts qui lui étaient reprochés.

Le 20 mai 1889, la Cour de Riom confirma ce jugement :

Considérant, disait-elle notamment, que le devoir des premiers juges était d'apprécier la conduite de l'intimée envers son mari, eu égard à l'état moral sous l'influence duquel elle avait agi ;

Or, considérant que la preuve de l'état morbide de M<sup>me</sup> G..., état qui s'est progressivement manifesté chez cette jeune femme par une surexcitation cérébrale oblitérant de plus en plus son libre arbitre, ressort à l'évidence de l'ensemble des éléments de décision de la cause ; qu'il est établi, en fait, que, dès les premiers mois de son mariage, elle a été atteinte du dérangement mental qui a fini par amener son internement en décembre 1887 dans une maison d'aliénés ;

Considérant que les enquêtes ordonnées n'ont été ouvertes que plusieurs semaines après cet internement ; que, s'il avait cru pouvoir sérieusement soutenir que son épouse était en pleine possession de ses facultés lors des écarts dont il lui a fait des torts, G... avait toute latitude de produire alors des témoignages à cette fin ; — Que non seulement il ne l'a pas tenté, mais qu'il n'a pas même demandé la prorogation des enquêtes ;

Considérant encore que, lors du jugement dont est appel, il n'a pris aucune conclusion en vue d'être admis à la preuve que subsidiairement il propose pour la première fois en appel ; — Que, d'ailleurs, cette offre de preuve est inopérante et inadmissible, le fait allégué étant d'ores et déjà péremptoirement démenti par toutes les circonstances de la cause ;

Par ces motifs, etc. ;

Il en résulte donc que la dame G... était atteinte de troubles mentaux dès les premiers mois du mariage, et que le sienr G... aurait pu être admis à prétendre qu'elle n'était pas en pleine possession de ses facultés lors des actes qu'il lui reproche.

De quelle affection s'agissait-il ?

La Cour parle « d'un état morbide qui s'est progressivement manifesté par une surexcitation cérébrale obli-térant de plus en plus son libre arbitre ».

C'est trop vague pour permettre de chercher à établir un diagnostic. Un fait est à retenir cependant, que la maladie a éclaté dans les premiers mois, peut-être le premier même ! Dès lors n'existait-elle pas auparavant et n'est-ce pas une malade qui s'est mariée ? Dès lors, le mariage était-il valable ? Y eut-il consentement de la part de la femme ? Le mari aurait-il pu prétendre qu'il y avait erreur sur la personne ?

Ce sont là autant de questions délicates qui sortent un peu du cadre de notre communication, et que nous vous demanderons de réserver quant à présent.

Retenons cependant l'opinion de MM. Perreau et Aubry et Rau.

M. Perreau écrit (1) : « Qu'un consentement, simplement apparent, entraîne l'inexistence du mariage ; il en est ainsi notamment dans le cas où il aurait été contracté :

« 1° Par un idiot ou un fou, en dehors d'un intervalle lucide ;

« 2° Par une personne en état d'ivresse ;

« 3° Sous l'empire de la suggestion. »

Pour MM. Aubry et Rau (2) : « Lorsque l'une ou l'autre des parties était, à l'époque de la célébration, en état de fureur, de démence ou d'imbécillité, le mariage doit être regardé comme non venu, quand même la partie qui se trouvait, à raison de son état mental, dans l'impossibilité de manifester un véritable consentement, n'aurait point été interdite. Toutefois, comme l'état de démence présente une infinité de degrés, et qu'un homme, d'ailleurs incapable de gérer ses affaires, peut, malgré la faiblesse de ses facultés intellectuelles, être

(1) *Revue critique de législation et de jurisprudence* 1903.

(2) *Cours de droit civil français*, 4<sup>e</sup> éd., p. 18.



en état de comprendre la nature et le but du mariage, les tribunaux jouissent de la plus grande latitude pour apprécier si, de fait, le consentement a été donné ou n'a pas été donné. »

Enfin, Messieurs, permettez-nous de terminer sur une espèce fort intéressante. La Cour de Bordeaux semble avoir inauguré une jurisprudence un peu nouvelle sur laquelle nous nous permettrons d'insister.

Les 11 juin et 6 août 1895, le Tribunal de Bergerac prononçait le divorce des époux P... à la requête de la dame P...

Le sieur P... interjeta appel, et, le 27 janvier 1897, la Cour de Bordeaux (1898, D. P. 2. 199) confirma la décision des premiers juges à la suite d'une expertise médico-légale qui fut confiée à M. le D<sup>r</sup> Régis.

Voici quelques dispositions de cet arrêt :

Sur le fond :

Attendu que les faits d'excès, sévices et injures graves, retenus par les premiers juges à la charge de P..., ne sont pas déniés par ce dernier, et qu'ils sont assez graves pour servir de base à une action en divorce, si ledit P... les a commencés en état de responsabilité;

Qu'en exécution de l'arrêt interlocutoire en date du 9 mai 1895, cette responsabilité doit être aujourd'hui appréciée avec les données de l'expertise médico-légale, le résultat de l'enquête et les écrits émanés de P...;

Or, attendu que le D<sup>r</sup> Régis chargé de déterminer l'état mental de P... n'a formé sa conviction qu'après une étude aussi intéressante qu'approfondie du sujet et en coordonnant dans une synthèse d'une haute portée les données de la physiologie mentale avec les données d'ordre psychologique; — Qu'ainsi son appréciation présente toutes les garanties pratiques que les magistrats doivent attendre d'un expert aliéniste;

Or, attendu que ledit expert dans les termes les plus explicites exclut ledit P... de la catégorie des aliénés; — Que s'il admet que ledit P... appartient à la classe des « délirants raisonnants » mais à idées fixes, qui vivent dans la zone frontière de la folie, l'expert, en divers passages de son rapport d'une précision convaincante, explique que le délire de P... n'est pas une forme de la folie; — Qu'il caractérise son type en ces termes : « P... est un déséquilibré d'origine, orgueilleux, ambitieux, toujours lucide dans son délire, ne perdant jamais entièrement la raison, même dans ses pires extravagances »;

Attendu, en outre, que sur la question spéciale de responsa-

bilité, les conclusions de l'expertise sont tout aussi catégoriques ; — Qu'après avoir constaté que P..., même sous le coup de son délire, a conservé une certaine liberté morale dont il aurait pu se servir pour résister à ses tendances, l'expert déclare que P... n'est pas assez aliéné pour être interné, mais qu'il est suffisamment dangereux pour rendre la vie commune impossible à son entourage et autoriser sa femme à se protéger par le divorce ;

Attendu que c'est au regard de ces conclusions que la Cour doit déterminer la responsabilité de P... ;

Attendu, en principe, que le devoir de mutuelle assistance est l'un des plus impérieux qu'impose la loi de mariage ; — Que la folie, ni toute autre infirmité même repoussante, ne peuvent être une cause de divorce ; — Que telle est la jurisprudence de la Cour ; — Qu'en vertu de cette doctrine, P... n'aura pas encouru le divorce s'il a agi dans les actes qui lui sont reprochés sous l'empire d'une impulsion morbide à laquelle il n'a pu résister ;

Mais attendu, en fait, que l'étude psychologique de la conduite de P... envers sa femme confirme l'observation pathologique du médecin légiste ; — Qu'il faut remarquer d'abord que le délire de jalousie dont P... est notoirement atteint n'a jamais présenté la forme hallucinatoire, d'où l'on peut conclure qu'aucune lésion organique n'en est la cause ; — Qu'il faut ajouter qu'aucune impression extérieure n'a pu servir de point de départ à l'idée fixe, puisque les enquêtes démontrent que la réputation de la dame P... était intacte, et qu'après plus de vingt ans de mariage les soupçons et les accusations injustes de son mari ne pouvaient s'appuyer ni sur des faits ni même sur de simples apparences ; — Qu'ainsi la jalousie de P... ne présente pas les caractères d'une maladie, mais d'une passion ; — Qu'en raison philosophique, cette passion, même dans ses observations les plus extrêmes, n'est pas destructive de la liberté ; les actes qui en sont la conséquence sont des entraînements et ne cessent pas de faire partie de la vie consciente, à laquelle la morale et le droit positif attachent les sanctions de la responsabilité ; — Que l'intérêt social commande que la règle d'après laquelle l'homme conscient peut et doit résister aux mauvais penchants prédomine devant les tribunaux ; — Que sans doute le D<sup>r</sup> Régis reconnaît que les actes imputés à P... se rattachent à son délire, d'où on pourrait induire qu'il ne les a pas accomplis librement ; — Mais que cette induction ne peut être admise, soit parce que le médecin aliéniste reconnaît lui-même que P... avait assez de liberté morale pour résister à ses impulsions morbides, soit aussi parce que les documents de l'enquête et les écrits de P... confirment cette opinion ; — Qu'en effet, cette enquête et ces écrits révèlent qu'en pleine possession de son délire jaloux, P... con-

servait le sentiment de ses actes, qu'il s'identifiait avec eux, tantôt avec malice et tantôt avec complaisance; qu'il en mesurait la portée, en calculait les suites et qu'il conservait en définitive le gouvernement de sa volonté; — Qu'à cet égard le jugement que P... a porté sur lui-même au sujet de son internement à l'hospice de Périgueux dans une lettre résumée par l'expert est d'une portée décisive; — Qu'elle dénonce l'état de conscience dans son élément prépondérant, le discernement; — Que ce même état s'est manifesté avec autant de persistance que d'énergie pendant la durée de l'internement; là P... en face de lui-même s'est fait calme et résigné, il reconnaît ses torts et promet de ne plus recommencer;

Attendu enfin qu'on retrouve dans les enquêtes des preuves multiples de la raison et de la liberté que P... conservait, même lorsqu'il s'abandonnait aux démonstrations de sa passion jalouse; — Qu'ainsi on le voit lors de l'apposition des scellés en présence de sa femme qui lui reproche d'avoir clandestinement enlevé de l'argent et des titres enfermés dans une cassette répondre froidement: « qu'il l'a fait parce qu'il en avait besoin »; — Que devant le treizième témoin qui lui reprochait l'injustice criante de ses accusations, il reconnaissait « qu'il n'était pas certain de l'inconduite de sa femme »; — Que pendant qu'il organisait contre celle-ci une surveillance déraisonnable, il témoignait encore par son esprit de suite d'une volonté consciente et libre; — Qu'il faut donc décider que P... n'a subi les entraînements de son idée fixe que parce qu'il n'a pas voulu suffisamment combattre et réprimer son tempérament, son caractère et sa passion;

Par ces motifs, joint les instances; déclare P... non recevable dans l'appel qu'il a interjeté de l'ordonnance de référé en date du 20 juin 1895, l'en déboute; — Et vidant l'interlocutoire porté par son précédent arrêt, homologue le rapport du D<sup>r</sup> Régis.

Déboute P... de l'appel qu'il a interjeté des jugements rendus par le Tribunal civil de Bergerac...

Les confirme...

Ainsi, si nous en jugeons d'après ces considérants, P... est un « déséquilibré d'origine, orgueilleux, ambitieux, toujours lucide dans son délire, ne perdant jamais entièrement la raison, même dans ses pires extravagances ».

Il n'appartient pas à la « catégorie des aliénés », il appartient à la classe des « délirants raisonnants, mais à idées fixes, qui vivent dans la zone frontière de la folie ».

« Il n'est pas assez aliéné pour être interné », mais il est « suffisamment dangereux pour rendre la vie commune impossible à son entourage, et autoriser sa femme à se protéger par le divorce ».

Il est « notoirement atteint de délire de jalousie, mais, en raison philosophique, cette passion même dans ses observations les plus extrêmes n'est pas destructive de la liberté ».

Et la Cour décide que P..., n'ayant subi « les entraînements de son idée fixe que parce qu'il n'a pas voulu suffisamment combattre et réprimer son tempérament, son caractère et sa passion », confirme le divorce.

Cet arrêt est extrêmement important. Tout d'abord, la Cour s'efforce de démontrer que P... n'est pas un malade. Pour elle, P... n'a pas agi sous l'empire d'une impulsion morbide, à laquelle il n'a pu résister. Son délire de jalousie, dit-elle, n'a jamais présenté la forme hallucinatoire, d'où « l'on peut conclure qu'aucune lésion organique n'en est la cause ». Aucune impression extérieure n'a pu servir de point de départ à l'idée fixe. P... n'avait que de mauvais penchants, il n'a pas su y résister, il est juste qu'il en porte le poids.

Nous insistons sur cet arrêt que nous ne faisons d'ailleurs pas nôtre cliniquement, étant donné surtout que l'arrêt ne reproduit que des extraits choisis par la Cour du rapport de l'expert. Mais il nous semble désirable qu'il fasse jurisprudence. En admettant même que, malgré la tentative actuelle de M. Maurice Colin, député d'Alger, l'aliénation mentale chronique et présumée incurable chez l'un des époux n'autorise pas l'autre époux à demander le divorce, il paraît légitime d'établir une distinction entre une maladie mentale acquise (quel que soit le degré de prédisposition du malade), et la manière d'être constitutionnelle, permanente de certains dégénérés, résultant de leur déséquilibre mental, et entraînant à tout jamais pour eux l'incapacité de vivre en ménage, sans être, consciemment ou non, de terribles persécuteurs pour leur entourage immédiat : conjoint et enfants. S'il est permis à la rigueur de soutenir que la folie chronique et incurable, séparant en fait les époux par l'internement définitif de l'un deux, ne suffit pas à

rompre le lien familial, et impose au conjoint bien portant un indéfectible devoir d'assistance, il est plus malaisé de prétendre que le mariage ne saurait être rompu lorsque l'expérience a eu précisément pour résultat de révéler que l'un des époux est à jamais incapable de s'adapter à la vie conjugale. Or cette particularité, qui est le fait de nombreux déséquilibrés, pervers ou jaloux, n'est pas connue au moment du mariage; et d'autre part, elle ne peut être assimilée à un état pathologique survenu au cours de la vie conjugale.

Il semble d'autant plus désirable de protéger par le divorce ceux qui ont, à un moment donné, associé leur existence à ces anormaux, que ceux-ci, malgré leurs perversions instinctives, leur absence de sens moral, l'inexactitude de leur raisonnement, le caractère souvent antisocial de leurs actes, ne sont pas des aliénés qu'il est possible de maintenir continuellement à l'asile, et que leur entourage ne dispose contre eux d'aucun moyen de protection efficace.

Si l'arrêt de la Cour de Bordeaux oriente la jurisprudence de nos Cours et Tribunaux, il faudra s'en réjouir, car il y aura là, pour le conjoint malheureux, une formule nouvelle qui lui permettra de rompre un lien devenu trop lourd.

#### DISCUSSION

M. VALLON. — Cette communication est très intéressante. Il est bien certain que l'aliénation mentale ne peut être une cause de divorce; cependant les auteurs nous ont apporté quelques jugements des tribunaux paraissant porter atteinte à ce principe. La Cour de Montpellier n'a pas considéré l'ivresse morphinique analogue à l'ivresse alcoolique; ce n'est pas l'ivresse alcoolique en tant que maladie mentale qui entraîne le divorce, mais comme une injure envers le conjoint. L'arrêt de la Cour de Bordeaux est très difficile à apprécier. On ne saurait prononcer le divorce pour des cas d'aliénation mentale, même considérés comme incurables; car si on prononce le divorce à propos de ces cas incurables, pourquoi ne pas le prononcer dans d'autres cas incurables de maladies autres, le tabes, par exemple?

M. JUQUELIER. — Nous ne souhaitons pas que le divorce soit prononcé pour cause d'aliénation mentale. Nous réservons la question.

M. VALLON. — En Allemagne, l'aliénation mentale est une cause de divorce.

M. TRÉNEL. — En Allemagne, en cette circonstance, il est simplement parlé de l'impossibilité de la vie maritale, le mot incurabilité n'est pas prononcé.

M. ARNAUD. — A propos de cet arrêt de la Cour de Bordeaux l'individu ne serait pas un aliéné, mais il serait inapte à la vie conjugale. Ce serait en somme un cas d'incompatibilité d'humeur.

Comme suite à cette discussion, la question « divorce et aliénation mentale » est inscrite à l'ordre du jour.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

---

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### IV<sup>e</sup> Congrès international de l'Assistance des aliénés. Berlin, 3 au 7 octobre 1910.

I. — *Sur les rapports entre la civilisation et les maladies mentales*; par le professeur Tamburini, de Rome. — 1<sup>o</sup> L'étude de l'évolution historique de l'esprit humain dans les diverses époques et du développement de la civilisation ne démontrent aucunement qu'il y ait un rapport entre le progrès civil et l'augmentation de la folie. Mais on observe :

a) Que les délires jadis en forme mystique ou démoniaque subissent une transformation progressive en acquérant, pour ainsi dire, des formes humaines plus aisément reconnaissables par tous, et qui reproduisent les conceptions scientifiques, politiques et sociales de l'époque;

b) La cessation presque absolue du caractère épidémique de la folie. Jadis elle se répandait sur des populations entières; aujourd'hui elle est presque toujours limitée à des manifestations isolées individuelles;

c) La névrose historique même, nommée encore la maladie du siècle, était jadis bien plus répandue, se présentant sous forme collective, épidémique, mais on la jugeait une manifestation surnaturelle.

2<sup>o</sup> La comparaison des formes et de la diffusion de la folie dans les populations aujourd'hui encore barbares ou à peine civilisées et dans les nations plus avancées dans la culture ne révèle pas, chez ces dernières, une morbidité psychique plus forte. Au contraire, c'est chez les populations moins civilisées que la folie est plus fréquente, avec des formes épidémiques que la civilisation fait toujours disparaître.

3<sup>o</sup> Les données statistiques n'autorisent pas à conclure que chez les nations plus avancées dans l'état de civilisation on rencontre une augmentation de la folie. En effet, plusieurs

conditions générales et particulières contribuent à faire augmenter notablement le nombre des aliénés hospitalisés, mais cela ne signifie pas que soit augmenté le nombre des aliénés existants : de façon que l'augmentation de la folie chez les pays plus civilisés est plus apparente que réelle.

4° Il serait hardi de nier que la vie sociale moderne, si complexe et surmenée, où la lutte pour l'existence est si acharnée et fatigue de toutes façons l'organe de la pensée chez l'ouvrier comme chez le penseur, ne contribue près à la diffusion des épuisements nerveux. On doit pourtant reconnaître aussi qu'elle n'est pas la seule ni la plus fréquente des causes des maladies mentales. En effet, il y en a bien d'autres qui ne sont pas le produit de la civilisation, qui sont même avec elle en si parfaite opposition, qu'elle tâche de les combattre très activement. Telles sont, en général, les intoxications, surtout l'intoxication par l'alcool, celles dues aux maladies infectieuses et spécialement l'infection syphilitique, et dans les nations latines la pellagre produite par la mauvaise alimentation et autres. C'est justement une des tâches de la civilisation de combattre toutes les différentes causes de ces maladies qui font ressentir leur funeste action non seulement sur les individus, mais aussi sur les descendants.

5° La lutte que la civilisation, armée par la science, a partout engagée contre les autres maladies, a été bien souvent couronnée par la victoire. Maintenant, il s'agit d'engager la lutte dans le sens de la prophylaxie de la folie.

Grâce au progrès, on n'a plus à craindre la diffusion épidémique des maladies mentales. La tâche actuelle des savants est de lutter contre les causes qui provoquent, maintiennent et répandent ces maladies chez les individus, en réalisant de cette façon une œuvre grandiose de prophylaxie.

II. — *L'armée et les aliénés* ; par le D<sup>r</sup> Pactet, de Villejuif.  
— A. Les aliénés ont une influence pernicieuse sur l'armée, où leurs réactions se traduisent par une perturbation de l'ordre et de la discipline.

L'armée, par l'effet d'adaptation qu'elle exige, exerce de son côté, une action défavorable sur les sujets qui ont une prédisposition latente à l'aliénation mentale.

L'intérêt de l'armée, d'accord avec celui des aliénés, commande l'élimination de ces derniers du milieu militaire.

B. La proportion des aliénés dans l'armée peut être évaluée, d'après la statistique médicale, à 0,6 environ pour 1000 hommes



d'effectif. Elle est sensiblement plus élevée dans les corps d'épreuve et les établissements militaires de répression.

Les formes de maladie mentale que présente le soldat sont celles qui s'observent, dans tous les milieux, chez les sujets de même âge. Il n'existe pas, selon nous, de psychose spéciale à l'armée.

C. La réforme des aliénés proprement dits s'impose sans discussion : celle des dégénérés est, par contre, une question d'espèce. Elle doit s'appliquer, sans restriction, à tous les cas de folie morale.

Pour les autres catégories de dégénérés (impulsifs, instables), son opportunité doit faire l'objet d'un examen spécial à propos de chaque cas particulier. L'expérience démontre, en effet, que quelques correctifs à la rigueur de la discipline suffisent pour permettre d'utiliser ; dans l'armée, certains déséquilibrés qui réunissent toutes les qualités requises du soldat en campagne.

D. Les aliénés que l'on rencontre dans l'armée sont, pour le plus grand nombre, des engagés volontaires et des « bons absents ». Il convient, par suite, pour réduire dans l'armée le chiffre des aliénés :

a) De rapporter la régime d'exception auquel est soumise la réforme des « bons absents » ;

b) D'entourer l'engagement volontaire de garanties sérieuses, en ce qui concerne l'état mental des sujets qui demandent à le contracter.

Ces garanties pourraient être assurées par les mesures suivantes :

1° Ne pas admettre les illettrés ;

2° Refuser les sujets ayant encouru plusieurs condamnations, même en dehors de celles qui sont prévues aux articles 4 et 5 de la loi du 21 mars 1905 sur le recrutement de l'armée (élimination des fous moraux) ;

3° Ecarter les sujets présentant des stigmates physiques de dégénérescence très accentués ;

4° Exiger de l'intéressé une déclaration écrite signée de lui et aussi de ses parents, s'il est mineur, attestant qu'il n'a jamais été traité dans un asile ou dans une maison de santé pour des troubles mentaux ;

5° Attacher une pénalité à toute déclaration de cette sorte reconnue mensongère ;

6° Au cas où serait créé, dans les écoles, un carnet sanitaire renfermant l'appréciation des professeurs sur les aptitudes psy-

chologiques de chaque élève, la production de ce carnet devrait être exigée pour l'engagement volontaire, ainsi d'ailleurs qu'au Conseil de revision.

*E.* La solution du problème de l'aliénation mentale dans l'armée réclame, comme condition première, une préparation des médecins militaires, appropriée au but à atteindre. Cette préparation technique exige :

a) L'organisation d'un enseignement clinique de la psychiatrie pour les élèves du service de santé. Ceux-ci devraient faire un stage de trois mois dans un service affecté au traitement des maladies mentales ;

b) La spécialisation, en psychiatrie, d'un certain nombre de médecins militaires qui auraient pour attributions la recherche des aliénés dans les corps de troupe et les expertises médico-légales devant les Conseils de guerre. Cette spécialisation comporterait un stage d'une année au moins dans les services d'un asile d'aliénés. Le stage serait accompli dans des asiles d'aliénés situés à proximité de centres importants, afin que le mouvement des malades soit suffisamment actif pour permettre aux stagiaires d'observer, dans un aussi bref délai, le plus grand nombre et la plus grande variété possible de cas cliniques.

*F.* Le mode d'examen médical des sujets destinés au service militaire, suffisamment efficace pour la détermination de l'aptitude physique, ne permet pas de sélection rigoureuse en ce qui concerne l'aptitude mentale.

Le Conseil de revision, quelle que soit la place qu'y occupent des experts d'une compétence reconnue en psychiatrie, n'arrêtera jamais au seuil de l'armée qu'une infime minorité des anormaux qui se présentent pour le franchir. Il ne réalise pas, entre autres, les conditions de temps indispensables, dans la plupart des cas, pour poser, avec certitude, un diagnostic de maladie mentale.

La même remarque s'applique à la visite d'incorporation. Les sujets atteints d'idiotie et de débilité intellectuelle très accentuée sont à peu près les seuls qui pourront être retenus au Conseil de revision ou à la visite d'incorporation.

*G.* La recherche systématique des aliénés devra donc se poursuivre dans les corps de troupe d'abord, pour la raison qui vient d'être indiquée, et, ensuite, parce que, parmi les aliénés qui s'y trouvent, un certain nombre le sont devenus seulement au cours de l'épreuve d'adaptation au milieu.

*H.* Cette recherche pourrait être facilitée par le Conseil de revision, s'il dressait une liste des sujets chez qui existe une présomption de maladie mentale. Cette liste serait établie avec les garanties de discrétion désirables, à l'aide, d'une part, des renseignements qui, aux termes des articles 8 et 19 de la loi du 20 juin 1838 sur le régime des aliénés, sont transmis aux Préfets à l'occasion de tout placement d'aliénés dans un asile ou une maison de santé et, d'autre part, des renseignements que les maires auraient l'obligation de donner à l'autorité administrative au moment où ils dressent le tableau de recensement pour la formation de la classe, sur les jeunes gens de leur commune qui, de notoriété publique, sont des déséquilibrés ou des faibles d'esprit. Cette liste comprendrait :

- a) Les jeunes gens ayant déjà été internés pour des troubles mentaux ;
- b) Ceux que la notoriété publique désigne comme anormaux ;
- c) Ceux qui, au cours de l'examen médical, devant le Conseil de revision, auraient, par quelque indice, éveillé dans l'esprit de l'expert le soupçon de l'existence possible de quelque anomalie mentale latente.

Elle serait transmise aux chefs et aux médecins des corps de troupe sur lesquels ces recrues auraient été dirigées.

*I.* Dans le but de favoriser la recherche rationnelle des aliénés dans l'armée, il devrait être institué une Commission sanitaire fonctionnant dans des conditions analogues à celles de la Commission de réforme. Cette Commission serait composée d'un médecin aliéniste militaire et de deux médecins de corps de troupe, choisis de préférence parmi ceux qui auraient témoigné de quelque intérêt pour la pathologie mentale.

Pendant le premier semestre qui suit l'arrivée des recrues au régiment, elle se réunirait, une fois par mois, à l'hôpital de chaque subdivision militaire, ou, au besoin, dans les corps de troupe, pour procéder à l'examen des jeunes soldats qui figurent sur la liste des suspects au point de vue de l'intégrité mentale et de tous les hommes, en général, qui se seraient signalés à l'attention de leurs chefs par un nombre insolite de punitions, par leur indiscipline et par des actes les exposant aux sévérités du Code. Pendant le reste de l'année, ses réunions seraient trimestrielles.

La Commission sanitaire désignerait, à la suite de son examen, les hommes qui doivent être mis en observation au point de vue de l'état de leurs facultés mentales.

*J.* L'observation des hommes présumés atteints d'aliénation mentale, qui se pratique aujourd'hui dans les conditions les moins favorables, exige l'établissement, dans les hôpitaux militaires, d'une section particulière, exclusivement affectée à cette catégorie de sujets, avec des locaux aménagés en vue de cette destination spéciale. A cette section doit être attaché un médecin aliéniste qui aura à sa disposition un personnel d'infirmiers possédant une instruction professionnelle appropriée.

*K.* Les premières manifestations de l'activité morbide du soldat devant presque fatalement se produire, non en présence du médecin, mais en présence des officiers ou des sous-officiers, il importe de donner à ceux-ci une notion très générale des actes qui peuvent être pris pour de pures infractions à la discipline, alors qu'ils relèvent en réalité d'un trouble psychique.

*L.* Les soldats en prévention de Conseil de discipline ou de Conseil de guerre devraient tous être l'objet d'un examen mental et d'un rapport médico-légal de la part d'un médecin aliéniste militaire.

*M.* Les prisons, pénitenciers et ateliers de travaux publics, où le chiffre des réformes prouve l'existence d'une notable proportion d'aliénés, devraient être inspectés chaque trimestre par un médecin aliéniste de l'armée.

Au cours de son inspection, le médecin serait tenu de viser la feuille de punition de chaque détenu.

*N.* Pour assurer aux médecins aliénistes militaires l'indépendance nécessaire à l'exercice de leurs délicates fonctions, il conviendrait de les placer dans la situation des contrôleurs de l'armée qui ne relèvent que du ministre.

*O.* En cas de mobilisation, les guerres les plus récentes montrent la nécessité de prévoir un service d'assistance des aliénés. Des hôpitaux de campagne, pour le traitement des cas aigus difficilement transportables, des hôpitaux d'évacuation, aménagés en vue des exigences auxquelles ils doivent satisfaire, avec un personnel de médecins aliénistes et d'infirmiers préparés à l'accomplissement de leur tâche, seraient, pour les aliénés, des stations intermédiaires entre le champ des opérations militaires et les asiles du territoire où ils doivent être définitivement hospitalisés.

III. — *La réaction de Wassermann et la paralysie générale* ; par le Dr Hallarger, d'Aarhus. — La nature syphilitique de la paralysie générale n'est pas prouvée par les résultats de la réaction de Wassermann.

La réaction de Wassermann révèle une altération pathologique, assez fréquente dans la syphilis pour donner à la réaction une haute importance pour le diagnostic de cette maladie. Mais comme la réaction se retrouve dans des maladies non syphilitiques aussi, on ne peut pas conclure de sa présence chez les paralytiques généraux qu'ils soient des syphilitiques.

Les cas nombreux de paralysie générale dans lesquels la réaction est négative au commencement de la maladie pour devenir plus tard positive, et les quelques cas, jusqu'à présent connus, où, pendant un état stationnaire assez long, la réaction, d'abord positive, est devenue négative, tendent à démontrer que la réaction de Wassermann chez les paralytiques généraux ne prouve pas qu'ils soient des syphilitiques, mais révèle une altération causée par la paralysie générale elle-même.

IV. — *La tuberculose dans les asiles d'aliénés*; par le Dr Marcel Briand, de Villejuif. — Du droit que s'arrogé la société, de séquestrer ceux de ses membres dont la folie peut être nuisible à autrui, découle le devoir plus impérieux de protéger leur santé par tous les moyens dont dispose la science et, cependant, si les médecins aliénistes ont, depuis le commencement du siècle dernier, signalé la fréquence de la tuberculose dans les asiles, il n'a été fait, jusqu'aujourd'hui, que des efforts isolés, en vue de remédier à cette situation.

Les méthodes les plus efficaces pour assurer la protection contre la tuberculose dans les asiles consistent :

- a) Dans l'isolement, dès leur entrée à l'asile, de tous les aliénés reconnus atteints de tuberculose, dans les locaux, spécialement aménagés, où ils recevront des soins appropriés ;
- b) Dans l'application rigoureuse des principes de l'hygiène publique et privée la plus sévère.

La protection à laquelle le personnel infirmier peut aspirer sera assurée d'abord, par un examen médical approfondi de tous les candidats à un emploi quelconque dans les asiles et, ensuite, par l'éducation professionnelle des infirmiers.

Chaque asile devra être pourvu d'un quartier spécial au traitement de la tuberculose des aliénés.

Pour chaque groupement d'asiles, un peu important, il y aura lieu de construire un Asile-sanatorium où les aliénés tuberculeux trouveront des soins exigés par leur état physique et mental.

Le personnel, ayant contracté la tuberculose dans l'asile, pourra être admis au Sanatorium.

V. — *La réadaptation sociale des aliénés par le travail thérapeutique* ; par les D<sup>rs</sup> A. Marie et Voisin. — Le travail à son application dans le traitement des maladies mentales, à condition de bien distinguer le travail-traitement et le travail-rendement.

Le travail-traitement doit être prescrit et dosé avec beaucoup de précision au début des convalescences. Il faut distinguer selon les variétés des psychoses celles auxquelles il est le plus souvent applicable, et quel mode de travail convient le mieux selon la nature de la maladie, la phase de son évolution, la catégorie sociale, et l'âge du malade traité.

Les cas aigus sont aussi susceptibles d'être ainsi traités que les cas chroniques, mais ils supposent une collaboration étroite du personnel subalterne avec le médecin ; dans ce but, un enseignement spécial supérieur pour les infirmiers moniteurs des exercices et travaux récréatifs serait désirable à l'imitation de ce qui se fait dans les écoles américaines d'infirmiers d'asiles.

L'ergo-thérapeutique est le corollaire logique de l'ergo-pédagogie des anormaux psychiques enfants, qui est basée sur les associations psycho-motrices et psycho-sensorielles ; ergo-pédagogie et ergo-thérapie doivent être orientées soigneusement pour éviter tout surmenage, toute fatigue et bénéficier des entraînements bienfaisants et des agréments qui rendent le travail agréable en le rapprochant des récréations sportives à doses prudentes et graduelles.

Il y a une sorte de gymnastique modérée à employer au début par tous les moyens de persuasion douce et d'imitation patiente provoquée par les infirmiers spéciaux au contact fréquent des malades, qu'il s'agit de tirer de leur inertie comme des enfants attardés qu'il s'agit de développer.

Le travail-récréation des convalescents dans l'asile ayant ramené un état physique et mental meilleur, on pourra orienter les malades vers un travail plus actif hors des sections, travail rémunéré et encadré en vue d'une production utile pour la collectivité asilaire (danger des concurrences au travail libre en cas de travail-rendement et de revente des produits industriels).

Ainsi se préparera la dernière étape ergo-thérapique qui sera la réadaptation sociale finale du malade sorti en pleine possession d'un métier auquel sa main et son cerveau seront réhabitués. Ce sera là le rôle de patronages médicaux de con-

valescence avec ouvriers et offices de placements capables de reclasser l'ancien malade dignement dans un rang social où il puisse éviter la rechute par la conscience de son utilité par rapport à la collectivité en même temps que par la possibilité de gagner désormais librement sa vie (responsabilité et difficulté de certains placements à raison des législations relatives aux accidents du travail).

Ce que l'on fait en Amérique et ailleurs pour les délinquants et libérés de prison, doit se faire *a fortiori* pour les anciens malades du cerveau, et l'acquisition de métiers avant sortie, dans l'asile, ou au patronage transitoire de sortie après l'asile, doit être possible non seulement pour les arriérés et les imbéciles congénitaux, mais aussi pour des malades à capacités diverses de métier acquis après maladie mentale à l'âge adulte, voire même à la présénilité.

VI. — *La question du travail dans l'assistance des maladies mentales*; par le Dr. Van Deventer, d'Amsterdam. — Le travail a une grande signification sociale; il constitue pour tout être humain un élément vital indispensable; il exerce une action favorable sur le corps et l'esprit, sur les sentiments, sur la manière d'être; il donne et conserve à l'organisme une énergie toute spéciale.

L'inaction réduit la valeur de l'être, la suppression complète de l'activité engendre l'atrophie. L'homme malade, comme l'homme sain, doit mettre tout en œuvre pour s'occuper aussi longtemps que possible.

Dans un hôpital pour maladies mentales, si le travail n'y acquiert pas son droit, une très grande partie des malades déclinent physiquement et psychiquement; il fait naître l'image de la démence asilaire; le patient, adonné à un travail continu, se relève, s'améliore et bien souvent guérit.

Le travail, et spécialement celui de l'aliéné, doit pouvoir répondre à une série de facteurs, entre autres :

La qualité et la quantité du travail, le temps et la durée de l'occupation, l'attention requise pour l'exécuter, la responsabilité qu'il entraîne;

L'individualité, et notamment la race, l'âge, le sexe, la tare névro et psychopathique, les influences débilitantes et en général la force de résistance;

La mesure de l'occupation, l'occasion de la variété du travail, le repos et la distraction, la présence d'influences suggestives, favorables ou défavorables.

Les limites de la puissance du travail chez l'homme sont très variables. Si on exige trop de l'organisme humain, il peut en résulter ou des troubles aigus plus ou moins grands, se terminant parfois par la mort, ou bien des états chroniques neurasthéniques, une vieillesse précoce, une véritable invalidité.

Des efforts démesurés sont suivis d'une fatigue locale, qui bientôt se généralise, pour se terminer par un épuisement.

Le déplaisir que ressentait l'aliéné au moment de la reprise du travail, il le considère comme une fatigue; d'autre part, les symptômes de la fatigue restent trop souvent latents chez l'aliéné, la sensation de la fatigue faisant défaut.

Quoique, dans beaucoup de cas, les symptômes subjectifs de la fatigue se présentent chez l'aliéné à l'arrière-plan, les symptômes objectifs peuvent néanmoins être constatés par l'homme compétent.

Le travail est un excellent moyen d'observation pour apprendre à connaître l'individualité de l'aliéné, et ce n'est pas sans raison qu'on peut dire de lui : « Dis-moi comment tu te fatigues, je dirai ce que tu vaux. »

La sensation de la fatigue paraît souvent pour l'aliéné un stimulant bienfaisant. Des tournures critiques se produisent lors de la reprise du travail; la sensation d'avoir accompli un travail utile réveille l'auto-confiance. Le repos au lit, encore généralement prescrit il y a quelques années, a été remplacé par le travail comme moyen de thérapeutique : *In labore quies!*

En jugeant de la valeur attachée au travail dans un hôpital pour maladies mentales, on ne doit pas seulement tenir compte du nombre de malades travailleurs et du travail fourni, mais de la capacité de travail de chaque malade isolément et de la qualité du travail effectué. Un certain pourcentage des malades classés parmi les chroniques tranquilles, ne réclamant aucune assistance, réglés, dociles, aimant le travail, s'occupent sans y être obligés. ils exigent trop de leurs propres forces, ou bien on les exploite quand on n'y prête aucune attention.

Au point de vue thérapeutique, chaque malade doit pouvoir avoir l'occasion d'accomplir le travail qui lui est approprié. Partant de ce point, il faut essayer de rendre le travail aussi varié que possible. Hors le cas de contre-indication, tout malade doit être engagé au travail, même lorsqu'il n'en témoigne pas le désir et lorsque sa situation réclame une surveillance continue.

La question du travail représente une des parties les plus



importantes de l'éducation sociale. Elle comprend l'ergo-pédagogie et l'ergo-thérapie. Les mêmes principes existent pour l'un et pour l'autre.

L'organisation du travail doit être solide; elle doit être confiée à des professeurs spéciaux et à des chefs d'ateliers, aussi bien à la hauteur de leur matière que du service de gardes-malades. Cette organisation réclame à la fois une inspection psychiatrique continue.

Le travail doit pouvoir être rendu utile pour habituer le malade à l'ordre, à la discipline, à la régularité; il doit inculquer à la fois l'esprit de propreté, etc. En inaugurant, en organisant la section du travail, il y a lieu de tenir compte de ces conditions et de veiller à ce que les locaux répondent aux lois de l'hygiène.

Une juste répartition des malades est indispensable afin de pouvoir tenir un compte convenable des intérêts de chaque individu. A cet effet, on placerait d'abord le malade dans une classe d'essai. On ne peut oublier que ce n'est pas la forme morbide de la psychose, mais bien la manière dont le malade sait réagir contre son état maladif qui doit prédominer. Le temps d'essai étant fini, le malade est placé dans le groupe des travailleurs pour lequel il a été choisi. Le travail en commun mérite généralement la préférence. La direction d'un groupe est confié à un chef qui servira d'exemple. Le groupe sera petit ou grand, suivant les soins à accorder au malade.

Le patient sera engagé au travail aussi vite que possible afin de faciliter son adaptation à la société.

La grande catégorie des arriérés psychiques aux différents degrés, formes et nuances, ont besoin d'une éducation technique intensive. Les résultats seront plus satisfaisants à mesure qu'on y procède de bonne heure. Même en présence de déficiences psychiques importantes on peut arriver à des grandes aptitudes, même à la virtuosité dans une direction donnée.

A côté de l'organisation du travail, on réserve une bonne place aux exercices libres, aux jeux en commun et au grand air, par exemple, le Lloyd, la gymnastique rythmique, etc., aussi bien pour favoriser le développement musculaire et pour soigner les diversions indispensables que pour ramener le patient à une activité personnelle et lui montrer la voie à suivre pour s'occuper pendant ses heures libres.

Le travail des aliénés, même dans un hôpital pour maladies mentales, doit être rémunéré à un prix fixe pour éveiller chez

ces travailleurs le sentiment qu'ils sont en état de faire un travail rémunérateur et pour les mettre en possession d'un pécule de sortie, le fruit de leurs mérites personnels.

Avant que le malade quitte l'hôpital, il est indispensable qu'on lui trouve une sphère d'activité. Pour les patients qui ne sont que partiellement en état de pourvoir à leur subsistance et qui ont encore besoin de surveillance et de direction, il y aurait lieu d'instituer une maison de travail où ils trouveraient l'occasion d'un travail rémunérateur. Des institutions de ce genre rendraient des grands services aux infériorités psychopathiques qui, après leur retour dans la société, montrent des tendances au vagabondage. Placés dans des circonstances favorables, on arrive à faire accepter un travail continu à bon nombre de ces individus.

Il y a lieu de mettre tout en œuvre pour que les malades qui n'ont plus besoin d'assistance asilaire, soient rendus à la société, et de préférence à leur entourage naturel. C'est surtout dans l'entourage familial que s'usent les particularités morbides au fur et à mesure qu'on les ramène à une occupation régulière.

L'application de l'ergo-thérapie appartient totalement au psychiatre, qui tiendra un compte exact des prescriptions mentionnées ci-dessus.

Dans la plupart des formes morbides des psychoses une occupation méthodique par le travail peut conduire à la guérison. L'expérience apprend qu'un travail lourd, fatigant, peut, dans ces circonstances, amener une heureuse tournure, conduire vers la guérison ou couper le retour d'un accès dans la folie périodique.

Chez les victimes d'accidents, il surgit souvent, sous l'influence de l'auto- et de l'hétéro-suggestion, une névrose ou une psychose traumatique, la soi-disant hystérie des rentiers, qui guérit dans bien des cas lorsqu'on a pu ramener le malade au travail et dévier ainsi les idées qui le tourmentaient.

La voie de l'assistance par le travail bien organisé permet à un grand nombre de personnes d'être rendues à la société et de pourvoir complètement ou partiellement à leur existence. Une organisation de travail irrationnelle fait rétrograder l'aliéné, augmente la légion des sans-travail et conduit à la décadence de la prospérité nationale.

VII. — *La policlinique pour les maladies mentales*; par le Dr Van Deventer, d'Amsterdam. — La policlinique pour les

maladies mentales, d'après la situation du malade, a pour but le traitement avant, pendant ou après la maladie.

1° **Traitement préalable :** Au moment où se prépare une psychose aiguë, le malade doit être soumis à un traitement spécial, immédiat dans un milieu approprié, en attendant son placement dans un hôpital pour maladies mentales, afin de favoriser les chances de guérison autant que possible et de raccourcir la durée du traitement. — Dans les cas douteux d'aliénation mentale, il faut pouvoir mettre le sujet en observation.

2° **Traitement après la sortie de l'hôpital :** L'occasion ne peut manquer au malade pour lui donner la direction spéciale jugée indispensable ainsi que le secours matériel, afin de prévenir qu'il ne tombe dans la misère et qu'il n'ait une rechute avec les conséquences inévitables ; on ne perdra jamais de vue, surtout pour ce genre de malades, qu'une ressource est nulle si elle est insuffisante.

3° **Traitement pendant la maladie :** Un grand nombre de patients ne doivent pas passer par l'hôpital dans le sens strict du mot ; ils peuvent être traités à domicile ou être confiés, après un essai de courte durée, à un établissement approprié à leur propre entourage pour y continuer le traitement.

La mission du psychiatre, dans ces derniers temps, s'est étendue à un plus grand nombre de maladies mentales qui forment une transition entre l'homme normal ou d'intelligence moyenne et l'aliéné, notamment les tarés, névropathes ou psychopathes, les dégénérés, les déséquilibrés et en général toutes les infériorités psychopathiques ou les cas-limites. On a agrandi le cadre de l'aliénation mentale et en raison des succès obtenus dans le traitement, on a senti la nécessité de réclamer le traitement policlinique des maladies mentales.

La mission du psychiatre ne se borne pas seulement à favoriser la guérison du malade ; il vise surtout à adapter le malade à la communauté, à son retour dans la société. Le traitement social doit prédominer le traitement hospitalier. A l'aliéné, il faut un traitement complet, solide, spécial.

La policlinique doit pouvoir satisfaire aux conditions suivantes :

1° Permettre le traitement ambulatoire des maladies mentales ;

2° Pouvoir accepter et mettre en observation les cas douteux d'aliénation mentale, traiter les psychoses aiguës ;

3° Contribuer au transport des aliénés de leur domicile à la

policlinique et au besoin aux établissements auxquels on devrait les confier ;

4° Posséder un service d'inspection des malades dans leur propre domicile, dans une famille étrangère ou dans des établissements locaux ;

5° Prendre à cœur les intérêts des malades et des infirmités psychopathiques au point de vue psychiatrique et social, dans le sens le plus large du mot ;

6° Contribuer à l'éducation pratique des psychiatres et de ceux appelés à soigner les maladies mentales.

Quant à l'organisation, le bureau central ferait l'office de centre d'action, d'où partirait tout traitement, où les malades et ceux qui les soignent pourraient se rendre à tout moment pour réclamer tous les conseils désirables.

La direction de la policlinique serait confiée à un psychiatre-directeur, assisté d'un personnel de médecins, de gardes-malades et d'employés administratifs.

Dans les petites communes, on aurait recours au médecin de la commune, assisté de gardes-malades de la commune ou d'une section.

Dans les grandes communes, une décentralisation serait inévitable ; il faudrait une division en arrondissements.

Il dépendra des circonstances locales pour décider si la policlinique sera autonome ou si elle ne formera qu'une partie du service médical de la commune.

La policlinique devrait être équipée complètement pour ce qui concerne les moyens de secours qui pourraient servir à observer et à traiter le malade suivant les règles de l'art. Elle devrait donc posséder un quartier d'observation ou maison de passage dont l'étendue serait proportionnée aux besoins.

A l'effet de favoriser et de centraliser la surveillance des malades de l'assistance familiale, on annexera à la policlinique un service balnéaire, où les malades seraient baignés chaque semaine ; dans le même local, on procéderait périodiquement à leur pesage afin de pouvoir annoter les modifications survenues.

Afin de prévenir que les malades, en voie de guérison ou sur le point de quitter l'établissement, ne tombent à la charge de l'assistance publique, on doit leur fournir dès le début l'occasion de pourvoir à leur propre entretien ; on devrait annexer à la policlinique un bureau de placement ou une bourse de travail.

En faveur des malades qui quittent l'hôpital ou l'établissement, on devrait pouvoir recourir à un refuge où ils recevraient

temporairement l'hospitalité et du travail. Pour les malades de l'assistance familiale qui ne savent pourvoir qu'imparfaitement à leur entretien, ou qui doivent encore être dirigés, il faudrait ouvrir des ateliers où ils pourraient s'occuper chaque jour à un travail rémunérateur.

Quant aux malades qui ne peuvent pas pourvoir suffisamment à leur entretien en raison de leur état mental, il faudrait pouvoir indemniser, par voie de subside, à l'effet de pouvoir favoriser l'assistance familiale.

Les gardes-malades attachés à la policlinique auraient à remplir une tâche analogue à celle de ceux qui desservent la section et chargés de l'assistance ambulatoire à domicile. Sous la direction du psychiatre, le garde-malade est chargé du premier examen au domicile de la famille; il lui appartient aussi d'assister constamment, et sous toutes les formes, aussi bien les nourriciers que le malade.

Au patient, on prescrirait un régime; on veillerait à ce qu'il soit suivi.

Les chefs de famille devraient être rendus aptes à l'accomplissement de leurs fonctions; à cet effet, il serait indispensable de provoquer des réunions au bâtiment de la policlinique où l'on donnerait des cours et des conférences accessibles aussi bien aux malades qu'aux nourriciers. Cet établissement serait un refuge, un lieu sûr pour les malades; ils y trouveraient l'occasion de rencontrer une bonne société, de passer ainsi un moment heureux et de trouver du délassement.

On favoriserait ainsi le contact, autant que possible, entre les médecins attachés à la policlinique, les gardes-malades, les malades et leurs nourriciers, en un mot entre tous ceux qui sont plus ou moins en rapport direct avec les malades.

L'initiative personnelle devrait être encouragée. Les sociétés de patronage pour les patients guéris nous apprennent qu'elles rendent de grands services. Les membres de ces sociétés sont des véritables forces de réserve à la condition qu'ils soient bien instruits. Sous une direction compétente, ils pourraient acquérir à la policlinique une forte dose d'expérience.

La prophylaxie psychique constitue une partie importante de la thérapeutique policlinique. Des mesures de précaution prises à temps chez les tarés névropathes et psychopathes peuvent rendre d'immenses services.

L'assistance psychiatrique en faveur des enfants anormaux constitue un champ d'exploration bien vaste pour l'activité

policlinique. Il y a encore beaucoup à défricher sur ce terrain.

L'inspection de l'État dans les policliniques pour les maladies mentales s'impose. Les fonctionnaires attachés à cette inspection auraient entre autres pour mission d'examiner et de comparer les résultats obtenus et d'établir le trait d'union entre les policliniques, les hôpitaux pour maladies mentales et autres institutions annexes qui sont consacrées à l'assistance des aliénés.

### Société de Psychiatrie.

*Séance du 20 octobre 1910.*

I. — *Mort de M. le professeur F. Raymond.* — M. Gilbert Ballet, président, en quelques mots émus déplore la perte du professeur Raymond et se fait l'interprète du chagrin profond éprouvé par tous les membres de la Société de psychiatrie.

II. — *Présentation d'un cas de délire télépathique*; par les D<sup>rs</sup> Maillard et Lévy. — Il s'agit d'une femme qui crut remarquer un jour, dans un temple protestant, qu'un pasteur la regardait tout particulièrement; elle s'imagina qu'il connaissait sa pensée et se mit à bâtir un véritable délire d'interprétation. Puis, après avoir lu un livre où il était question de télépathie, elle se persuada qu'il s'agissait dans son cas de phénomènes de ce genre. Arrivée à cette phase de son délire elle éprouva des sensations de déplacement d'air sur les bras, d'attouchements par une main invisible; elle reçut des « messages télépathiques » de plus en plus fréquents et eut des visions (rêves interprétés pour les unes, hallucinations hypnagogiques pour les autres) auxquelles elle attribua un pouvoir de prévision de l'avenir, des odeurs, également télépathiques, et quelques troubles psycho-moteurs. Elle entra enfin en télépathie avec les animaux de même qu'avec les hommes et élaborà tout un système d'explications personnelles de la télépathie, basées surtout sur l'existence de vibrations particulières.

M. Maillard fait de cette malade une paranoïaque et de son affection mentale un délire d'interprétation. Il discute la nature des troubles hallucinatoires, auditifs, visuels, tactiles, objectifs, cénesthésiques, qu'elle présente : ce sont, dit-il, des hallucinations actives n'ayant pas le caractère des hallucinations ordinaires et se rapprochant bien plutôt des interprétations.

Discussion. M. Dupré aurait plutôt tendance, étant donnés les troubles sensoriels, cénesthésiques et musculaires, à en

faire un délire d'ordre hallucinatoire. La malade aboutirait à un délire d'influence, de possession, de médiumnité, conditionné précisément par les troubles de la cénesthésie et sortant ainsi du cadre des paranoïas kraepelinienes. — M. *Arnaud* appuie les réserves de M. Dupré; il critique le terme de paranoïa et voudrait qu'on lui substituât celui de délire systématisé à évolution progressive. — M. *Briand* demande si la malade de M. Maillard ne buvait pas du whisky, car il a observé un certain nombre de délirants mystiques, purement interpréteurs, qui, sous l'influence d'un appoint alcoolique, présentaient des hallucinations épisodiques. — M. *Maillard* défend son diagnostic. La paranoïa, en effet, comporte parfois quelques hallucinations. Quelque systématisé, d'autre part, que soit le délire de sa malade, il ne pense pas qu'il s'agisse d'un délire à évolution progressive aboutissant à la démence; or, c'est précisément le propre des délires de la paranoïa de ne point aboutir à un état démentiel. — M. *Gilbert-Ballet* résume la discussion. Il tient à différencier le persécuté systématisé interpréteur, n'évoluant pas vers la démence et le persécuté systématisé halluciné qui rapidement devient un affaibli intellectuel. Mais il admet aussi des formes intermédiaires, lesquelles sont précisément celles que, peut-être, l'on observe le plus couramment.

III. — *Un cas de manie akinétique*; par les D<sup>rs</sup> Pierre Kahn et Guichard. — Femme internée une première fois au cinquième jour d'un premier accouchement pour « manie puerpérale ». Guérie de son accès, elle conserve son intégrité intellectuelle, mais présente des modifications du caractère, des troubles de l'expansivité et de l'affectivité. Elle devient enceinte une deuxième fois, se trouve plongée dans une série d'ennuis et de chagrins moraux, se surmène considérablement, accouche, puis allaite. Elle fait alors, après un intervalle d'un an et demi, un deuxième accès dont le début et la symptomatologie sont identiques au premier. Actuellement elle offre de l'inertie motrice et de l'excitation intellectuelle. Elle monologue inlassablement, parlant par hémistiches et alexandrins. Son langage est toutefois incompréhensible : le premier hémistiche est composé de mots anglais et français dont l'ensemble est peu cohérent; le deuxième hémistiche, invariable ou presque, est formé d'une série de syllabes n'ayant aucun sens, sorte de rythme jargonophasique stéréotypé. Cette malade enfin, érotique, moqueuse, ironique comme une maniaque, n'est

ni gâteuse, ni confuse. — M. Dupré est également d'avis qu'il s'agit d'une maniaque, curable, offrant un type curieux de de glossolalie, et relativement akinétique.

IV. — *Accès subintrants de confusion mentale au cours d'un goitre exophtalmique. Hémi-thyroïdectomie. Guérison des troubles mentaux*; par le D<sup>r</sup> A. Delmas. — Présentation d'une jeune femme de vingt-huit ans, atteinte depuis cinq ans de goitre exophtalmique. Il y a un an environ, cette malade a commencé à manifester des troubles mentaux, sous forme d'accès confusionnels caractérisés par les phénomènes suivants : début par prodromes physiques (fatigue, teint terreux, fièvre) et accès convulsif toxique, activité onirique avec hallucinations visuelles et de la sensibilité générale, confusion, désorientation, agitation, réactions panophobiques, etc. Ces accès de confusion ont été, depuis novembre 1909 jusqu'à aujourd'hui, c'est-à-dire pendant un an, au nombre de cinq et ont nécessité des internements successifs; dans l'intervalle des accès il y a eu rémission, mais non guérison; il persistait toujours un peu d'obtusion intellectuelle et des épisodes hallucinatoires courts mais fréquents.

Le caractère subintrant de ces accès, leur persistance sans rémission complète pendant un an ont paru justifier une hémi-thyroïdectomie qui a été pratiquée par M. le professeur Quénu le 24 juillet 1910. Après une réaction fébrile assez vive et la persistance des troubles psychopathiques pendant trois semaines environ, la malade s'est brusquement améliorée et est depuis deux mois revenue au point de vue mental à son état normal, qu'elle n'avait pas atteint depuis un an. Cette guérison complète des troubles psychiques, si elle se maintenait, tout en prouvant l'origine basedowienne des accès convulsifs, montrerait par surcroît l'utilité de l'intervention chirurgicale dans les cas semblables.

V. — *Les cellules corticales des paralytiques généraux*; par les D<sup>rs</sup> Laignel-Lavastine et Pitulesco. — Présentation en projections de microphotographies des différentes cellules corticales de trois paralytiques généraux. Mise en évidence par la méthode au chlorure d'or de Bielchowsky des altérations des neuro-fibrilles : écartement, amincissement, émiettement, état poussiéreux, disparition complète par places entraînant la formation de vacuoles dans le réticulum.

ROGER DUPOUY.



## JOURNAUX ITALIENS

## II Manicomio.

ANNÉE 1906.

I. — *Génie et criminalité*; par le P<sup>r</sup> Gaetano Angiolelli (n° 1). — Le développement des études criminologiques a montré que le crime n'était pas l'apanage des formes dégénératives les plus graves. Il est, en effet, des criminels dont l'intelligence est extrêmement développée et chez qui il est nécessaire, pour l'accomplissement de leurs desseins, qu'elle le soit; ces criminels appartiennent à la classe des dégénérés supérieurs dont le défaut ou plus exactement l'altération morale est pour ainsi dire isolée; ils jouissent d'une intelligence remarquable et sont d'autant plus dangereux pour la société parce qu'ils ont les moyens de mettre leurs brillantes facultés au service de leurs instincts égoïstes, antihumains et antisociaux. On peut alors se demander si chez les individus dont l'intelligence dépasse les limites de la normale et atteint ou frise le génie, on ne peut pas rencontrer en même temps des signes plus ou moins accentués de criminalité.

Benvenuto Cellini donne des signes de folie morale dès la puberté, il s'enfuit plusieurs fois de chez son père, plus tard il se montre violent et vindicatif; ne reculant même pas devant un guet-apens, il tue un soldat pour venger son frère; plus tard encore, il tue un de ses rivaux artistiques. Il est fortement soupçonné d'avoir émis de la fausse monnaie, d'avoir volé les bijoux de Clément VII; ses crimes et ses délits sexuels ne se comptent plus. Benvenuto Cellini se révèle à nous comme un égoïste, un mégalomane, autoritaire, vaniteux, cynique, impulsif, déséquilibré, etc., etc. Il souffrit d'ailleurs de troubles délirants, d'idées de persécution et d'empoisonnement.

Pierre Arétin eut une âme laide, dit un littérateur italien, et ne recula devant aucun moyen: vendant sa plume, la mettant au service du plus offrant, calomniateur, voleur dans sa jeunesse, parasite éhonté, véritable ancêtre, mais ancêtre génial, des journalistes véreux de notre temps.

Mirabeau né d'un père amoral est soupçonné d'inceste avec

sa sœur, mène une vie des plus orageuses ; il vit d'expédients, pousse sa maîtresse à la prostitution, se vend à de Calonne, joue le rôle d'espion en Prusse, etc., etc.

Les exemples pourraient être ainsi multipliés. L'auteur ne veut pas dire par là qu'il y ait une dépendance nécessaire entre le génie et le crime ; en effet, le génie représente le progrès, la marche en avant, alors que le crime est un retour vers le passé. Mais tous ces faits prouvent que l'arrêt des sentiments sociaux et moraux ne se rencontre pas seulement dans les cas d'arrêt total du développement intellectuel, de même que tous les individus frappés d'arrêt du développement intellectuel ne sont pas destinés fatalement à devenir des criminels. D'ailleurs, la criminalité est moins l'effet d'un arrêt que d'une perversion des sentiments moraux ; or, une telle perversion n'est pas nécessairement associée à une forme particulière d'arrêt ou d'anomalie de l'intelligence. Mais, et c'est là le point important, l'intelligence modifie la criminalité, en ce sens qu'elle la rend moins violente, moins brutale, qu'elle l'assouplit et qu'elle met à son service toutes les acquisitions de la civilisation et du progrès. A côté des génies neurasthéniques, épileptiques, paranoïaques, maniaques et mélancoliques, on peut donc, si l'on veut, faire une place aux génies criminels ; mais il s'agit là d'une simple coïncidence et nullement d'un rapport nécessaire.

II. — *La loi sur les asiles et sur les aliénés* ; par le professeur Domenico Ventra (n° 1). — Article consacré aux déficiences et aux lacunes de la dernière loi italienne sur les aliénés. L'auteur fait remarquer avec juste raison qu'il sera difficile d'appliquer convenablement le no-restraint et d'étendre à un plus grand nombre de malades les bienfaits du travail, tant que des dispositions législatives précises n'auront pas permis d'améliorer le nombre et la situation matérielle et morale des infirmiers.

Il ne faut pas compter, en effet, à ce point de vue sur l'initiative de l'administration toujours peu disposée à s'imposer des obligations qui ne répondent pas à un besoin immédiatement tangible, mais correspondent seulement à un simple progrès de la technique manicomiale. Il faut regretter en même temps que l'institution d'asiles spéciaux pour les idiots, les épileptiques, les alcooliques doive rester toujours à l'état de désir.

L'auteur célèbre ensuite les bienfaits matériels et moraux de l'assistance familiale qui a inspiré un des paragraphes de la

nouvelle loi, mais de telle façon qu'il restera probablement lettre morte.

Comme il était autrefois d'usage en Toscane, les asiles sont désormais placés sous la tutelle de la magistrature; malheureusement, dans son désir de sauvegarder la liberté individuelle, la loi n'autorise qu'exceptionnellement les admissions d'urgence pourtant si souvent nécessaires et utiles; d'un autre côté, elle impose, pour éviter dans certains cas et à certains malades la tare de l'internement, l'obligation pour chaque asile d'organiser un service d'observation pour les admissions provisoires; ce qui serait fort bien s'il ne s'agissait pas d'une section analogue aux autres sections de l'asile, incorporée d'ailleurs à l'asile lui-même et ne se comprendrait que si un tel service était placé tout à fait en dehors de l'asile. Les malades admis provisoirement doivent rester dans ce quartier d'observation jusqu'à décision définitive du président du tribunal, décision toujours longue à obtenir, ce qui n'est pas sans inconvénients. Les mêmes inconvénients se répètent pour la sortie des malades guéris, à l'endroit desquels l'auteur a remarqué que le tribunal mettait de quatre à trente-huit jours à se prononcer; de telle sorte que des malades guéris sont ainsi injustement retenus pendant plus d'un mois. Voilà qui peut nous consoler des lenteurs de notre justice française. A propos de la constitution de sections spéciales pour aliénés criminels, le professeur Ventura fait remarquer les dangers de l'existence de telles sections dans un asile; les complots y sont fréquents, la surveillance difficile et pénible; à moins de construire des sections annexes de prisons, il estime préférable pour la tranquillité des médecins et des administrateurs, sinon pour le bien des malades ordinaires, de noyer ces délinquants au milieu des autres aliénés.

Il est assez difficile de suivre l'auteur dans toute la série de ses développements qui ont trait à des articles de la nouvelle loi et du règlement d'administration publique qui ne sont pas cités textuellement et partant nous sont mal connus. Dans tous les cas, nous voyons que les préoccupations des législateurs italiens et les desiderata des aliénistes d'outre-monts sont exactement les mêmes que les préoccupations des législateurs et les vœux des aliénistes français. Il faut cependant remarquer que la nouvelle loi italienne semble moins étroite que le projet français actuellement soumis au Sénat de notre pays. Nos collègues italiens se plaignent d'imprécisions qui les sauveront pourtant

peut-être de la réglementation à outrance dont sont menacés et dont pâtiront sous peu les asiles d'aliénés français.

III. — *Les origines ethniques et psychologiques de la Camorra et du brigandage*; par le P<sup>r</sup> Gaetano Angiolella (n<sup>o</sup> 1). — L'auteur ayant eu l'occasion d'observer quelques criminels au Manicome de Nocera-Inferiore, qui recueille les aliénés d'une province calabraise et de deux provinces des Pouilles, l'une terre classique du brigandage, les autres asiles de la Mano-Negra, a été conduit à rechercher les origines des associations criminelles. Il montre l'importance considérable jouée par les conditions sociales dans la genèse du crime et particulièrement des crimes spéciaux commis par les membres des associations à l'affiliation desquelles les condamnés ne peuvent que difficilement se soustraire dans les prisons. Certaines catégories de libérés sont soumis, après leur sortie de prison, aux conditions très dures de la surveillance spéciale, et qui sont telles que les conflits entre surveillés et surveillants deviennent inévitables. Les associations criminelles sont surtout florissantes, puissantes et nombreuses dans l'Italie méridionale, parce que cette région du royaume, longtemps soumise à l'étranger et administrée par lui, a toujours eu l'habitude de considérer le gouvernement comme un ennemi contre lequel il était glorieux de lutter. Mais les vaincus ne peuvent combattre leurs vainqueurs que dans l'ombre; aussi, alors que les individus intelligents et cultivés, animés d'un noble idéal, formaient la franc-maçonnerie et le carbonarisme, les individus incultes, les criminaloïdes et les violents formaient la camorra et la mafia. Les premiers avaient pour but de combattre le gouvernement politiquement, les autres s'attaquaient simplement aux représentants de ce gouvernement : gendarmes, policiers; certes, l'instinct de lutte et de rébellion ne se faisait pas jour chez tous, mais principalement chez ceux qui avaient des tendances criminelles à satisfaire.

Or, aujourd'hui encore la fusion n'est pas faite en Italie entre le gouvernement et le peuple; non seulement en raison des habitudes séculaires du peuple, mais encore par la faute des gouvernants eux-mêmes : le peuple est encore trop peu instruit pour comprendre que ses intérêts particuliers doivent s'effacer devant l'intérêt général; quant au gouvernement, il ne fait aucun effort pour se mettre à la portée des populations; il emploie une police mal recrutée et dont les représentants sont souvent eux-mêmes des criminaloïdes. C'est pourquoi le peuple

est plus souvent porté à embrasser le parti des délinquants plutôt que celui des représentants de l'ordre. Les conditions sont donc peu modifiées, et les causes sociales des associations criminelles persistent comme avant la libération de l'Italie. Au surplus, dans certaines régions, comme dans l'Italie insulaire, la vendetta est considérée encore comme un devoir. Cependant, une légère transformation s'accuse; à Naples, par exemple, la camorra tend à n'être plus qu'une institution électorale, un parti qui procure des voix, des emplois, des secours, des faveurs; la camorra se modernise, mais cependant, comme les autres associations, elle se recrute plutôt parmi ceux qui préfèrent intriguer pour obtenir ce que d'autres ne demandent qu'au travail. A côté du facteur social, nous trouvons donc un facteur biologique important : le désir du moindre effort, la paresse et la nonchalance, ou l'incapacité de se plier à un travail continu chez les violents. Ce sont ces deux termes qui distinguent le camorriste napolitain, qui est un indolent, de l'habitant des Pouilles, qui est vif, mais inconstant et orgueilleux.

Le Calabrais, qui a de si grandes affinités avec le Sicilien, et dont l'auteur fait ici un portrait psychologique qui serait à citer tout entier, fournit à l'asile relativement peu d'aliénés, mais beaucoup d'épileptiques, et des épileptiques d'une violence extraordinaire, même dans l'intervalle de leurs accès. Cela tient à une tendance du Calabrais qui est générale et qui se caractérise par un besoin impulsif de réagir violemment aux injures, aux dommages, et plus violemment que les autres comme par une sorte de maximisation de la loi du talion : c'est une véritable tendance biologique congénitale à la haine et à la vengeance. La persistance de cette tendance est due principalement aux conditions sociales dans lesquelles vivent encore aujourd'hui les Calabrais : petits noyaux isolés, séparés par des frontières naturelles dans un pays tourmenté, sans moyens de communication; petits centres dans lesquels l'injustice des administrations locales se fait jour, dans lesquels le pouvoir central et la loi paraissent si éloignés qu'ils ne représentent pour les habitants que de vagues abstractions. Alors, à la moindre injustice, le Calabrais s'insurge et, pour fuir la répression, verse dans le brigandage, mais dans un brigandage idéalisé et presque honorable, dur aux riches, charitable aux pauvres, chevaleresque.

L'auteur montre alors la différence qui sépare la camorra du brigandage : la première, réaction calme, méthodique, repro-

duisant en petit la grande société qu'elle veut combattre; la deuxième, réaction tumultueuse, non organisée, individualiste, dans laquelle les compagnons du bandit ou du brigand ne sont que de simples comparses sans importance, instruments automatiques et presque inconscients, qui disparaissent devant l'individualité hypertrophiée du brigand qui, seul, se dresse, immense, grandiose, devant le gouvernement, l'état, la société entière.

L'auteur énumère ensuite les raisons qui ont déterminé la survivance de cet état de choses. Travail important et intéressant, qui concilie en quelque sorte les études, à première vue discordantes, de Lombroso et de Trombetta.

IV. — *Le caractère criminel*; par le P<sup>r</sup> Del Greco (n<sup>o</sup> 1). — Il est facile de reconnaître, parmi d'autres aliénés, un fou criminel, grâce moins à l'existence de signes anthropologiques qu'à l'expression du visage, à l'attitude caractéristique de l'homme rebelle, indomptable. Cette attitude de rébellion et de combativité qui perça sous l'expression fondamentale de toutes les psychopathies, constitue, pour l'auteur, la note prédominante et significative du caractère criminel.

Parmi les particularités de ce caractère, celles qui augmentent le danger que représente le criminel sont celles dont l'origine est principalement sociale : l'âme fermée, cauteleuse, aigrie, la haine concentrée contre tout et contre tous, la tendance à conspirer, à simuler et à dissimuler. Ces particularités sont moins frappantes chez le criminel aliéné que chez le criminel de profession, qui est le délinquant typique. Il reste chez l'aliéné, l'impulsivité native, le naturel vindicatif et sanguinaire, la tendance aux idées de persécution. Les paroles délirantes révèlent la disposition anormale de leur caractère.

D'ailleurs, le criminel type, s'il ne fait pas du délire de persécution, le porte en germe; il est un dégénéré impulsif qui, par son exorbitante tendance à satisfaire immédiatement ses besoins et par son inaptitude au travail, apparaît comme très peu sociable. Sur lui, la réaction sociale a un pouvoir notable, elle accentue son caractère, surtout si l'individu jouit d'une vive intelligence. Mais la réaction sociale a un pouvoir beaucoup plus grand encore sur les criminels d'occasion, débiles et impulsifs, que des circonstances malheureuses ont placé sur la voie du crime. Sans ces derniers, les criminels ne pourraient s'organiser en société, car le criminel type resterait plus que jamais un isolé, dangereux certes, mais facile à vaincre.

La thérapeutique du crime doit donc avoir pour but d'empêcher les prédisposés de fréquenter les criminels, de se grouper, de s'organiser. Quant aux actes de criminalité isolée, ils sont malheureusement inévitables dans notre société pour des raisons extrinsèques et intrinsèques. Mais le caractère est l'expression non seulement de la nature, mais encore de la collectivité sociale; il est l'expression de la façon de vivre d'un individu non seulement en tant que réalité biologique, mais en tant qu'élément de classe; or, il est possible de lutter moins désavantageusement contre la formation de ce caractère. Notre devoir est de suivre les prédisposés au délit depuis leur enfance, de les garder du mauvais exemple, d'améliorer leurs conditions organiques, de les préserver. Une tutelle permanente, bienveillante, prévoyante est le moyen souverain de faire que ces déshérités ne se détachent pas de la sphère d'attraction que le pouvoir social exerce sur les individus honnêtes et qu'ils n'aillent pas grossir les groupes antagonistes et mauvais.

V. — *Sur le traitement moral des aliénés criminels*; par le professeur del Greco (n° 1). — La folie résultant d'un processus de désagrégation de la personnalité qui s'oppose à la réintégration et à la synthèse, le médecin doit épier le moment où cette réintégration et cette synthèse redeviennent possibles, pour les favoriser. Or, le meilleur moyen d'arriver à ce résultat est, en dehors des moyens thérapeutiques offerts par l'asile, d'entrer en communication de sympathie avec le malade en développant chez lui l'appétition pour les réalités et pour le travail. Mais, pour de tels essais, les difficultés sont grandes quand on se trouve en présence de folies à fond dégénératif typique; les malades atteints de ces formes se défient en effet du médecin, et la désagrégation dont ils souffrent est stable et non plus en évolution. Cependant ils présentent à côté de cela des conditions favorables : ils sont presque toujours lucides, intelligents; on cherchera donc d'abord à les orienter; puis à développer les bons sentiments qu'ils peuvent posséder et qui peuvent avoir été obscurcis. C'est parmi ces dégénérés que se rangent ordinairement les fous criminels. Il faut les traiter avec fermeté et bonté de manière à lutter contre leurs tendances hypocrites, irritables et soupçonneuses : à ce propos, il est mauvais de les réunir tous dans une section comme le prescrit la nouvelle loi : là ils s'irritent les uns les autres, en viennent aux mains, s'imitent, complètent et n'en deviennent

que plus dangereux. Il vaut mieux au contraire les isoler au milieu d'autres malades honnêtes et les faire travailler avec les infirmiers; ces derniers doivent les traiter amicalement, être tolérants mais fermes et attentifs. Le travail, pour devenir un élément réel de cure morale doit consister en une coopération et non être égoïste et solitaire.

VI. — *Astasie-abasie traumatique chez une enfant épileptique*; par le Dr Aleandro Benedetti (n° 1). — Observation concernant une fillette de neuf ans, fille d'un alcoolique, dont trois frères ou sœurs, ses aînés, ont souffert de convulsions, et qui, à la suite d'une bronchite contractée à un an et demi et rapidement guérie, sautait et réagissait vivement quand on touchait sa tête; à trois ans, elle commença de présenter des crises convulsives nocturnes dont la fréquence est allée en augmentant; à partir de cette époque, toutes les fois que l'on touchait sa tête sans la prévenir, l'enfant tombait à terre comme foudroyée; ensuite, ses premiers pas étaient incertains, chancelants, puis, peu à peu, de plus en plus assurés; si on la prévenait, elle présentait simplement un mouvement de défense comme celui déterminé par la crainte d'une chute en avant. Après une certaine période de temps pendant laquelle on prit bien garde que la tête de l'enfant ne fût pas touchée, les coups imprévus finirent par ne plus déterminer que le mouvement de défense habituel.

L'examen somato-psychique ne donna que des résultats négatifs.

L'auteur considère ces phénomènes comme étant de nature hystérique: il a pu délimiter sur la tête une zone hystérique à contours bien définis. Les chutes inévitables aux enfants qui font leurs premiers pas ont déterminé chez cette petite malade, qui était une prédisposée, la peur subconsciente de ne pouvoir rester droite et de ne pouvoir marcher.

L'astasie-abasie est, dans le cas présent, une manifestation monosymptomatique de l'hystérie.

VII. — *Sur le meilleur moyen de mesurer la capacité crânienne*; par le professeur Paolo Funaioli (n° 1). — De recherches comparatives faites sur cinquante crânes, l'auteur conclut: qu'il n'est pas possible d'évaluer la capacité crânienne en faisant la somme des courbes et des diamètres crâniens, que cependant cette dernière méthode est celle qui fournit les résultats les moins éloignés de la vérité, quoique avec certains crânes elle donne de telles différences que sa valeur reste très incer-



taine. L'auteur conseille, lorsqu'on se servira de cette méthode, de tenir compte de l'épaisseur des parties molles, ce qui permet d'obtenir des résultats plus précis.

VIII. — *Contribution à l'évaluation de la capacité d'imputation dans les états psychopathiques*; par le D<sup>r</sup> Carlo Ferrai (n° 1). — Relation médico-légale concernant un individu qui avait gravement menacé sa mère et sa sœur. L'auteur a noté de l'hérédité neuro-vésanique bilatérale, une typhoïde très grave à forme méningitique dans la première enfance, un caractère sournois, mélancolique, de l'instabilité mentale très prononcée, de l'irritabilité et de l'impulsivité, de la tendance aux fugues, un développement insuffisant de l'instinct sexuel, de la faiblesse des sentiments affectifs, de la faiblesse intellectuelle. Le sujet se croit en même temps un inventeur et un réformateur. Il s'agit donc d'un de ces cas qui ont été diversement étiquetés : folie dégénérative, déséquilibre mental, état psychopathique, mattoïdisme, et qu'il vaudrait mieux dénommer : dégénérescence psychique ou constitution psychique anormale originaires.

L'auteur discute la capacité d'imputation de ce malade sous le point de vue du Code italien : il estime que les tares précédemment énumérées, si elles ont empêché l'accusé de se déterminer librement d'une manière absolue, n'en font cependant pas un irresponsable, mais un individu qui, pour les causes plus haut notées, ne jouit que d'une responsabilité très limitée.

IX. — *Le moi subliminal de Myers et la psychologie contemporaine*; par le P<sup>r</sup> del Greco (n° 2). — On sait que pour chercher à expliquer les phénomènes médiumniques, Myers, dans un livre posthume, a émis l'hypothèse que notre personnalité ne constitue pas tout notre être spirituel, mais que ce dernier avait un prolongement non limité dans l'espace, par conséquent insaisissable et auquel il a donné le nom de moi subliminal. Ce moi subliminal pourrait quitter le corps et communiquer avec les autres esprits des vivants comme des morts. L'auteur remarque que les faits sont loin de prouver la justesse de l'hypothèse de Myers : ni les phénomènes psychopathiques qui ne dévoilent que des formes rudimentaires, discordantes de la personnalité, ni la psychologie du génie à laquelle n'ont pas une part prépondérante le subconscient et l'inconscient, ni les phénomènes médiumniques, car la conscience médiumnique n'est qu'une forme anormale de conscience.

L'auteur regarde le moi subliminal de Myers comme étant

pire qu'une hypothèse, un songe mystique, dont le caractère antiscientifique n'est pas douteux.

X. — *Sur l'origine émotive des maladies de la volonté*; par le D<sup>r</sup> Francesco Lener (n<sup>o</sup> 2). — L'auteur rapporte l'observation d'une femme de cinquante-deux ans qui, consécutivement à une grave émotion, a présenté un état très accentué d'inertie accompagné de paresthésie; la malade n'était plus réglée depuis deux ans et, peu de temps avant son entrée à l'asile, elle avait fait plusieurs tentatives de suicide. L'amélioration s'est manifestée grâce à la rééducation de la volonté.

L'auteur remarque que comme l'intelligence, la volonté est subordonnée aux conditions organiques; si à un moment, les mauvaises conditions organiques ayant produit des modifications plus ou moins latentes de la volonté, une émotion intense frappe l'individu, la représentation de cette émotion reste indéfiniment associée à cette émotion elle-même. Dans le cas actuel, diverses conditions débilitantes existaient lorsqu'est survenue l'émotion qui a joué le rôle d'un véritable traumatisme psychique.

L'entité clinique décrite par Friedmann sous le nom de mélancolie neurasthénique, et causée par une violente émotion, est caractérisée spécialement par un affaiblissement des pouvoirs volitifs, bientôt suivi d'une complète aboulie; celle-ci représente le symptôme pathognomonique de la neurasthénie et se manifeste en même temps par un degré très marqué d'hypotonie organique. Dans ces cas, l'émotion violente joue le rôle d'un traumatisme et met en relief la disposition particulière, mais jusque-là latente, du système nerveux du malade. Quelquefois avec l'émotion, spécialement asthénique, commence et se poursuit le graduel affaiblissement du tonus nerveux et musculaire de l'individu qui s'accompagne de troubles psychiques relevant plus particulièrement de l'affaiblissement des pouvoirs volitifs.

XI. — *Sur l'état mental d'Ottavia Silva; consultation psychiatrique pour une demande en interdiction*; par le D<sup>r</sup> Enrico Rossi (n<sup>o</sup> 2). — Rapport d'expertise concernant un dément paralytique à la dernière période de sa maladie qui ne présente d'intérêt que par les détails de l'examen du patient. L'auteur conclut à la légitimité de la demande d'interdiction qui fut acceptée par le tribunal.

XII. — *Tubercules multiples du cerveau intéressant le noyau caudé, le précoin et le lobe quadrangulaire*; par le D<sup>r</sup> Guido Garbinj (n<sup>o</sup> 2). — L'observation concerne une femme

de trente-huit ans, pellagreuse et tuberculeuse, qui mourut après avoir présenté les signes d'une tumeur de la fosse antérieure du crâne. L'autopsie révéla l'existence de tubercules au niveau du noyau caudé, du précoin et de lobe quadrangulaire du cervelet. Cette observation ne présente d'intérêt que parce que l'existence de ces tubercules ne fut pas soupçonnée et parce que ces tumeurs ne donnèrent lieu à aucun signe physique, ni psychique.

XIII. — *Neurasthénie et auto-intoxications*; par le D<sup>r</sup> Arcangelo Menella (n<sup>o</sup> 2). — D'une longue et intéressante étude, l'auteur conclut que le nom de neurasthénie est inexact et insuffisant pour exprimer le concept de la névrose, parce que à côté de l'asthénie on rencontre une hypertrophie de certaines fonctions; que d'ailleurs la neurasthénie est une affection essentiellement polymorphe qu'il est très difficile de définir; nombreux sont les auteurs qui n'admettent pas l'existence d'une neurasthénie congénitale qui n'est pas confirmée par les faits. mais on peut considérer que l'intolérance élective de la cellule nerveuse pour les toxines des poisons organiques est héréditaire: or, la neurasthénie, maladie non définie, ne peut pas être une entité morbide, mais un syndrome qu'il faut considérer comme une manifestation de maladies définies. Pour la majorité des cliniciens, elle est l'expression d'une toxémie par altération des échanges et le plus souvent d'une toxémie gastro-intestinale confondue sous les noms confus et inexacts de dyspepsie nerveuse ou neurasthénie gastrique qui n'ont aucunement le droit de constituer un chapitre de la pathologie. L'auteur estime donc que les symptômes nerveux sont presque toujours d'origine chimique; les autres sont simplement d'origine réflexe, ce sont ceux qui se manifestent immédiatement après l'ingestion des aliments. D'ailleurs, les autres névroses, comme aussi beaucoup de psychoses, sont d'origine auto-toxique et spécialement gastro-intestinale.

XIV. — *Amyotrophie par traumatisme nerveux périphérique*; par le D<sup>r</sup> Giovanni Esposito (n<sup>o</sup> 2, analyse retardée jusqu'à publication complète).

XV. — *Note et critique de technique manicomiale*; par le D<sup>r</sup> Luigi Oliva (n<sup>o</sup> 2). — L'article 59 du règlement de la loi sur les asiles italiens, conseille aux médecins de ne pas abuser des moyens de contention, tout en les laissant libres d'user de ceux dont ils croiront devoir se servir. Mais il faut pour pouvoir user du no-restraint avoir des infirmiers de choix; or, en

Italie le métier d'infirmier d'asile est presque toujours un pis-aller. Ces auxiliaires sont d'ailleurs mal rétribués et, comme ils sont peu cultivés, il ne faut pas espérer beaucoup pour eux des écoles professionnelles. Le meilleur moyen d'obtenir un recrutement moins mauvais est d'améliorer leur situation ; l'auteur à ce propos exprime un certain nombre de desideratas : ce sont les mêmes que ceux qui sont exprimés journellement en France. A noter cette idée excellente, mais combien peu pratique pour éviter les vieux gardiens, plaie des asiles et des hôpitaux, de limiter le nombre des années de service à douze ans pour les hommes et huit ans pour les femmes, mais sans pension ; les infirmiers mieux payés pourront en effet faire des économies. Ceci est un point de vue, cela ressemble au service militaire, mais à un service militaire à bien long terme ; et que dirait l'auteur si la même mesure était appliquée aux médecins ? Il s'intéresse d'ailleurs à eux aussi, puisque à propos de l'article 40 du règlement il plaide en faveur du no-restraint intellectuel du praticien à l'endroit d'un acte de notoriété dont, en l'absence d'une citation complète, nous ne pouvons apprécier l'importance.

XVI. — *Amyotrophie par traumatisme nerveux périphérique* ; par le D<sup>r</sup> Giovanni Esposito (n° 3, suite et fin). — Un traumatisme périphérique intéressant les grosses ou les petites ramifications nerveuses peut donner naissance, bien que rarement, chez des individus, héréditairement et personnellement indemnes, à une maladie dont le symptôme dominant est l'atrophie musculaire. Elle apparaît plus ou moins longtemps après le traumatisme mais, ordinairement, dans les deux mois ; la marche en est lente et progressive, la localisation irrégulière et atypique. L'extension et la gravité de la maladie ne sont en rapport ni avec le siège du traumatisme, ni avec l'importance de la cause. On observe en même temps et souvent de la paresthésie, rarement des troubles objectifs de la sensibilité, fréquemment des contractions fibrillaires des muscles intéressés, mais jamais avec R. D. La diminution de l'excitabilité musculaire galvanique et faradique, pouvant aller jusqu'à l'abolition, est de règle. Les réflexes des membres intéressés sont ordinairement normaux. Les troubles vasculaires et autres complications sont rares. Quant aux sphincters, ils ne sont jamais intéressés. De ce très long et très copieux travail dont une analyse complète excéderait le cadre de ce compte rendu, l'auteur conclut que, dans un petit nombre de cas, l'affection est identique à certaines formes de

dystrophies protopathiques, mais le plus grand nombre reproduit un ensemble clinique, qui, en dehors de nombreuses ressemblances avec les formes d'amyotrophies myélopathique ou même névritique, a quelque chose de nettement particulier qui permet, avec une sûreté relative, d'en inférer l'origine traumatique. Seuls le diagnostic différentiel et la connaissance d'un traumatisme antérieur peuvent révéler ces particularités.

Les amyotrophies post-traumatiques appartiennent certainement à ces cas dans lesquels le bout central d'un nerf lésé est dégénéré. Elles augmentent le nombre des faits qui ont conduit à modifier la loi de Waller dans ce sens que le bout central peut dans de telles circonstances dégénérer.

Cette étude, d'une importance considérable et que l'auteur, modestement, ne considère que comme une ébauche, présente un gros intérêt au point de vue de la pathologie du travail; elle laisse cependant encore dans l'ombre un certain nombre de points particuliers que des observations ultérieures et plus nombreuses permettront, peut-être, d'élucider.

XVII. — *Sur la psychologie des individualités anormales*; par le P<sup>r</sup> del Greco (n<sup>o</sup> 3). — Les syndromes vésaniques sont puissamment influencés par les grands modificateurs biologiques de l'individu : race, sexe, âge, degré de dégénération anthropologique et en général par toutes les conditions qui se traduisent par des états particuliers somato-psychiques individuels. Tout ceci démontre que les vésanies ont des rapports étroits avec l'individualité. Il est donc nécessaire de connaître les rapports de l'individualité humaine avec le monde biologique et cosmo-tellurique et avec le monde social : la constitution somato-psychique et le tempérament constituent les aspects psycho-physiques de l'individualité; l'esprit et le caractère en sont les aspects psycho-sociaux. Les syndromes vésaniques reposent sur la constitution somato-psychique qui leur constitue comme une sorte d'armature, et, aux divers degrés de cette constitution correspondent les diverses classes de psychopathies ou de vésanies. Mais ces diverses formes vésaniques ont des symptômes communs et elles ne se distinguent les unes des autres que par l'accentuation de certains signes. Il est inexact de dire, comme on a reproché à l'auteur de l'avoir fait, que les psychoses affectives sont de pures altérations du tempérament et les paranoïas de pures altérations du caractère. Le tempérament et le caractère sont, non des

éléments, mais des aspects de l'individualité; les altérations de l'un ou de l'autre peuvent être prédominantes, c'est ce qui constitue la forme mentale; mais dans toutes les formes tous les deux sont touchés. La psychologie clinique n'est donc qu'une continuation de la psychologie de l'individualité normale et l'une et l'autre appartiennent à la psychologie générale de l'individualité humaine.

La méthode de la psychologie des individualités anormales consiste à examiner toute expression interne dans ses rapports avec le tout personnel-individuel et ce dernier dans ses rapports avec les grands modificateurs physico-biologiques et historico-sociaux.

En somme, cet article constitue le plan d'une psychologie normale et pathologique générale agencée et divisée suivant des vues particulières à l'auteur.

XVIII. — *Corps mobiles de l'humeur vitrée et hallucinations de la vue*; par le D<sup>r</sup> Urbano Alessi (n° 3). — Observation d'une malade sans tares héréditaires, ni personnelles, qui, à trente-deux ans, à la suite d'une affection oculaire, accusa des mouches volantes et chez laquelle, à trente-six ans, après une nouvelle détermination oculaire, se manifestèrent de nombreux symptômes d'hystérie parmi lesquels une fausse grossesse; puis à trente-sept ans et quarante-huit ans, une conjonctivite bilatérale, accompagnée de bourdonnements d'oreilles, surtout à droite. Depuis près de dix ans, cette malade présentait aussi des signes indéniables d'hypocondrie et des idées de persécution et de jalousie par fausse interprétation. Elle finit par faire entrer dans son délire les mouches volantes qu'elle présentait, les prenant pour des esprits ou pour un petit bossu. Comme les pouvoirs auto-critiques n'étaient pas, chez elle, encore complètement éteints, elle consulta un oculiste: ce dernier constata la présence de nombreux petits corps mobiles dans l'humeur vitrée et de la névrite optique. La malade soupçonnée depuis longtemps de syphilis et d'ailleurs déjà traitée, est soumise à un nouveau traitement spécifique; deux mois après, hallucinations, corps mobiles et névrite ont disparu.

L'auteur considère le phénomène hallucinatoire comme lié aux troubles oculaires et il s'efforce d'en donner une explication physiologique. Malheureusement, il est difficile d'accepter ses vues, car il s'agit là, à n'en pas douter, non pas d'hallucinations, mais de fausses interprétations.

XIX. — *Sur l'histopathologie de l'écorce cérébrale dans l'éta*

*mal épileptique*; par le D<sup>r</sup> G. Esposito (n<sup>o</sup> 3). — Un regard jeté sur les résultats fournis jusqu'à ce jour par les recherches histopathologiques de l'état de mal épileptique montre que l'une des lésions les plus constantes est l'hyper-trophie névroglique. Une autre altération très fréquemment rencontrée est celle des vaisseaux sanguins : hyperémie, hémorragie, gonflement endothélial, dilatation des espaces lymphatiques périvasculaires, dégénérescence hyaline au début. Les éléments nerveux présentent ordinairement les lésions suivantes : chromatolyse plus ou moins diffuse, gonflement et vacuolisation, ceci delà atrophie cellulaire et rétraction, et, parfois, dégénérescence graisseuse, élargissement des espaces péri-cellulaires et œdème de la cellule. Le noyau cellulaire présente lui-même les altérations les plus diverses. Mais de toutes ces lésions il est difficile de faire le départ entre ce qui appartient à l'épilepsie elle-même et ce qui appartient à l'état de mal.

L'auteur a entrepris des recherches de contrôle en utilisant sept cas d'épilepsie essentielle avec état mental et troubles psychiques transitoires, cas dans lesquels la mort est survenue en pleine santé à la suite d'accès subintrants, sans suffocation et en dehors de toute altération viscérale susceptible par elle-même d'entraîner la mort. Dans les sept cas, les résultats des recherches ont été à peu près concordants. Au point de vue macroscopique on a surtout noté de la turgescence des sinus, un trouble léger de l'arachnoïde, de la congestion de la pie-mère avec de fréquentes petites hémorragies; la substance cérébrale était tantôt un peu molle, œdémateuse, tantôt ferme; la substance grise était foncée et la substance blanche parsemée de points hémorragiques; le liquide ventriculaire était quelquefois augmenté, les plexus choroïdes turgescents.

L'autopsie a été ordinairement pratiquée de douze à quatorze heures après la mort et les fragments réservés pour l'examen histologique ont été pris dans les lobes frontaux, la zone psychomotrice, le lobe temporal, le lobe occipital et la corne d'Ammon. L'auteur s'est servi pour les colorations de l'hématoxyline de Delafield, de l'hématoxyline-picrofuchsine de Van Gieson, de l'hématoxyline ferrique de Heidenhain après fixation au sublimé ou à la formaline et mordantage par la liqueur de Müller; particulièrement pour la névroglie, l'auteur s'est bien trouvé de la méthode d'Anglade et pour la substance thyroïde de la coloration à la thionine.

La lésion la plus diffuse et la plus constante a été la prolifé-

ration de la névroglie surtout marquée dans la première couche moléculaire; quelques rares cellules nerveuses seulement ont été trouvées altérées : tantôt il s'agissait de cellules en pyknose avec corps cellulaire rétracté, tantôt, mais plus rarement, de chromatolyse périnucléaire avec déplacement du noyau ou du nucléole. Ces altérations se rencontrent surtout parmi les grandes et les moyennes cellules pyramidales et les cellules de Betz.

Les vaisseaux sanguins sont presque constamment fortement gorgés de sang, leurs parois sont épaissies, il y a prolifération des noyaux, rupture fréquente des capillaires, avec hémorragies parenchymateuses. La prolifération névroglie n'a aucune signification neuronophagique; les fibres tangentielles sont légèrement diminuées de nombre.

Parmi ces lésions, l'auteur ne considère comme pouvant être imputées à l'état de mal que la chromatolyse limitée à la région périnucléaire, l'œdème, l'hyperémie et les hémorragies, les autres lésions étant plutôt de nature chronique (2 planches).

XX. — *Un cas de psychose pellagreuse en Calabre*; par le Dr Giuseppe Tolone (n° 3). — La pellagre n'est pas, comme on l'a dit, complètement inconnue dans l'Italie méridionale; Venturi, Pellegrini en ont cité des cas et l'auteur vient d'en observer un nouveau à Catanzaro (Calabre); il en rapporte l'observation qui, ainsi qu'il le fait remarquer, est d'intérêt purement local et n'ajoute aucun fait nouveau à la question.

XXI. — *La responsabilité chez les déficients mentaux*; par le Dr S. Thomasini (n° 3). — Cet article est, en partie, la reproduction presque textuelle d'un mémoire paru quelques mois auparavant dans les *Annales médico-psychologiques* (numéro de mars-avril 1906, p. 229), ce qui serait très honorable pour notre Revue et pour l'auteur, si Revue et auteur étaient cités. Il est toujours délicat de rendre compte de ses propres travaux; nous renvoyons donc nos lecteurs à l'article original et nous remercions très vivement M. le Dr Tomasini de sa traduction et de ses commentaires personnels.

XXII. — *Névroses et criminalité dans le monde moderne*; par le Dr Gaetano Angiolella (n° 3). — Conférence prononcée à Salerne en 1906, par le professeur Angiolella peu de temps avant sa mort.

Tout le monde s'accorde à dire que notre siècle est un siècle de neurasthéniques et de névrosés et il n'est pas douteux que l'intensité croissante de la lutte pour la vie n'est pas sans avoir



une répercussion inévitable sur le système cérébro-spinal de nos contemporains ; d'un autre côté, l'âpreté toujours croissante de cette lutte fait que de plus en plus ceux qui sont mal armés, les débiles et les invalides, ou bien tombent rapidement en route, ou bien sont tentés de délaissier la voie droite et versent dans la criminalité ou dans la folie. De toutes ces causes nous subissons les effets : les provinces consacrent des sommes élevées et de plus en plus élevées pour la garde et l'on peut dire pour la conservation des aliénés. Mais est-ce à dire, absolument parlant, que le nombre des fous augmente ? Il semble qu'en réalité cette augmentation ne soit pas aussi considérable qu'on l'a dit ; ce qui augmente, c'est le nombre des aliénés internés, parce que diminue de jour en jour le nombre des aliénés en liberté. Cela tient à ce que les maladies mentales sont aujourd'hui mieux connues, que les conditions sociales actuelles sont plus aptes à mettre la folie en évidence et rendent plus difficile pour les fous la vie en commun ; cela tient enfin à ce que nous sommes devenus plus sensibles aux infortunes de nos semblables et que non contents de les plaindre nous cherchons à les préserver, à les soigner, à les guérir et aussi, il faut bien le reconnaître, à préserver les autres.

Ce qui vient d'être dit à propos des aliénés pourrait être répété à l'égard des criminels. Les criminels et les criminaloïdes pouvaient trouver dans l'ancienne société un meilleur emploi de leurs facultés et, d'autre part, avec une organisation policière et judiciaire plus rudimentaire, il leur était plus qu'aujourd'hui facile de dissimuler leurs crimes et, dans le cas contraire, de se dissimuler eux-mêmes. D'ailleurs, cette difficulté actuelle d'échapper au châtement fait que la criminalité se transforme, que de moins en moins elle revêt un caractère violent, sanguinaire, pour devenir plutôt « frauduleuse ». De ce côté-là aussi, d'ailleurs, nous sommes devenus plus délicats et beaucoup d'actions nous semblent désormais criminelles qui n'étaient point considérées comme telles autrefois. Cela permet donc aussi de dire que la moralité augmente. A aucun point de vue nous ne devons donc regretter le passé auquel nous n'avons que peu de choses à envier ; ceci n'est pas à dire que nous connaissions l'âge d'or ; mais il n'en est pas moins vrai que, moralement, nous ne sommes pas pires et nerveusement pas plus malades ou dégénérés que nos pères. Seulement, à l'heure actuelle, nous vivons tous à la lumière du soleil, la vie de chacun de nous est un livre ouvert à toute l'humanité, aussi

les plus petites déficiences et anomalies sont-elles vite reconnues et c'est pour cela surtout que s'accroissent et se peuplent les asiles, les maisons de santé, les pénitenciers, les prisons et les bagnes.

L'humanité ne dégénère pas, elle évolue et se perfectionne, et c'est cette évolution et ce perfectionnement qui la portent à éliminer d'elle, les anormaux et les malades qui font tache au milieu des gens sains et normalement constitués.

LUCIEN LAGRIFFE.

---

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

### Revue des thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année scolaire 1909-1910 (1).

X. — *La psychose de Gilles de Rais, sire de Laval, maréchal de France*; par le D<sup>r</sup> Henri Bernelle (17 mars 1910).

L'histoire de Gilles de Rais s'éclaire à la lumière du passé moyenâgeux. Il faut connaître ce que fut ce xv<sup>e</sup> siècle, mouvementé et morbide, meurtri par les guerres, asservi à une noblesse jouisseuse, cruelle et sanguinaire, voué à toutes les superstitions, à la sorcellerie et à la démonomanie, partout torturé et torturant, pour situer dans son cadre le portrait de Gilles de Rais, sire de Laval, maréchal de France, sadique pédéraste et assassin d'enfants. Le déséquilibre mental de ce grand seigneur se manifeste par son appétit de jouissances, par son goût du faste, par ses pratiques de magie; il se ruine en de folles prodigalités, dissipant ses millions comme avec rage; il poursuit le rêve de la transmutation des métaux en or, se livre à de monstrueuses orgies, enfin commet les atrocités qui l'ont rendu si tristement célèbre; il souille tous les enfants dont il peut s'emparer et les tue, les déchiquetant affreusement à coups de dague. Inlassable inventeur de nouvelles et plus odieuses voluptés, il varie les supplices de ses victimes, les raffine, leur ajoute chaque fois un peu plus de souffrances et d'horreur.

Laissons de côté le guerrier, le lettré et l'artiste, même le mystique, pour ne voir que le sexuel meurtrier. Le rôle de la contagion par le livre apparaît incontestable: lisant dans Suétone les déportements des empereurs païens avec les enfants et le plaisir singulier qu'ils prenaient à les martyriser, « je

---

(1) *Suite et fin.* Voir les *Annales* de novembre-décembre 1910.

*voulus, confesse-t-il, imiter les dictés Césars et le même soir je commençai en suivant les images de la leçon et du livre.* » Mais son imagination puissante lui permet dans la suite de dépasser encore les crimes monstrueux des Césars. Le sadisme de Gilles de Rais est effroyable, atroce et échappe à toute analyse. M. Bernelle, très justement, en fait une variété d'obsession impulsive, éclore sur un terrain dégénéré et volontairement perfectionnée. Son étude est des plus intéressantes; nous regrettons seulement qu'il n'ait pas cru devoir établir un parallèle entre Gilles de Rais et les sadiques assassins actuels et faire une étude d'ensemble des crimes sexuels, si palpitante d'actualité.

XI. — *L'aphasie dans ses rapports avec la démence et les vésanies*; par le D<sup>r</sup> Maurice Brissot (20 avril 1910).

L'auteur étudie exclusivement l'*aphasie organique type*, faisant abstraction des aphasies transitoires, de l'aphasie hystérique, des audi- et surdi-mutités, ainsi que des troubles du langage liés à l'idiotie et à la démence ou relevant d'une anarthrie ou d'une dysarthrie. Dans un historique intéressant, il expose rapidement la classification des aphasies et présente dans leur opposition la théorie ancienne, défendue par Déjerine et les idées nouvelles de P. Marie. Il se livre ensuite à l'étude préliminaire, historique et critique, des théories psycho-physiologiques du langage dans l'aphasie et dans l'aliénation mentale, établit une distinction marquée entre l'idée et le mot (Déjerine, Séglas, Dupré), conclut avec Séglas « que l'idée se forme avant et sans le mot; elle en est indépendante et le mot n'est que son auxiliaire », et conteste l'affirmation de Moutier que l'idée ne peut exister sans aucun signe. L'indépendance réciproque du mot et de l'idée est la notion basale du travail de M. Brissot.

I. — L'aphasie constitue à elle seule tout le tableau clinique. Aphasie et démence. — M. Brissot discute les appréciations diverses auxquelles l'état mental des aphasiques a été soumis d'après les différents auteurs et suivant les cas observés (intégrité, déficit minime ou infériorité évidente). Le pronostic de l'aphasie dépend de la cause qui a engendré ce syndrome et de l'évolution des lésions; certains malades conservent l'intégrité de leurs fonctions intellectuelles à l'exclusion du langage;

d'autres, au contraire, versent plus ou moins rapidement dans la démence.

II. — *Aphasie et aliénation mentale.* — Les paraphasiques simulent par suite de leur infirmité de langage la démence incohérente alors qu'ils conservent leur intelligence. D'autre part, les troubles du langage de nature organique peuvent apparaître au cours d'un état démentiel, notamment de la démence sénile. D'après l'auteur, le processus de sénilité engendre de préférence des symptômes d'aphasie sensorielle consistant surtout en surdité verbale avec paraphasie et relevant d'altérations cellulaires de la zone de Wernicke. La paralysie générale peut également se compliquer d'aphasie, motrice ou sensorielle, due soit à des foyers de ramollissement, soit, le plus souvent, à des lésions localisées de méningoencéphalite (forme aphasique de la paralysie générale à forme sensorielle de Joffroy, Sérieux et Mignot).

L'aphasie peut venir compliquer un état délirant antérieur, par suite de la coïncidence d'une ou plusieurs lésions circonscrites dans la corticalité. La lésion des centres nerveux, d'ailleurs, ne porte souvent « nulle atteinte à l'échafaudage du délire qui reste solidement établi sur ses premières assises » (P. Garnier). On conçoit aisément toutes les difficultés que présente parfois ce double diagnostic, d'autant que certaines formes d'aliénation mentale simulent à s'y méprendre l'aphasie organique (onomatomanie, tic convulsif du langage, dysphasie délirante, mutisme vésanique, démentiel ou hystérique, stéréotypies de la parole, paralogie du confus, logorrhée du maniaque). Des troubles délirants enfin peuvent apparaître secondairement chez des aphasiques et compliquer ce problème des rapports de l'aphasie et de l'aliénation.

III. — M. Brissot passe en revue quelques affections cliniquement comparables à l'aphasie et coexistant fréquemment avec elle, à l'état d'association, chez le même individu (aphasie et paralysie pseudo-bulbaire; aphasies, agnosie et apraxie).

La très intéressante thèse de notre confrère se termine par des considérations médico-légales d'une importance considérable, puisqu'elles traitent tout particulièrement du testament des aphasiques et des rapports de l'aphasie avec les accidents du travail.

XII. — *Etude clinique des troubles mentaux dans le syndrome de Korsakoff*; par le D<sup>r</sup> A. Féret (21 avril 1910).

L'auteur décrit la symptomatologie mentale générale de la psycho-polynévrite en insistant plus particulièrement sur les troubles mnésiques. Considéré au point de vue mental, le syndrome de Korsakoff est caractérisé : 1° par un fonds constant d'amnésie continue auquel s'associent souvent de la fabulation et un degré plus ou moins intense de délire onirique; 2° par l'intégrité relative de la personnalité psychique ancienne du malade.

Ses formes cliniques sont assez variables suivant l'intensité du processus ou la prédominance symptomatique. On peut décrire :

- Une forme anxieuse (Dupré), faiblesse irritable de Korsakoff;
- Une forme délirante (délire onirique);
- Une forme confusionnelle (pouvant aller jusqu'à la stupidité);
- Une forme amnésique (le trouble mental est limité à celui de la mémoire).

D'une façon générale, on peut admettre que l'affection se présente au début sous sa forme confusionnelle ou délirante à laquelle succède ensuite la forme amnésique. Par son origine toxi-infectieuse, par ses signes physiques généraux, par son délire onirique, par ses troubles psychiques envisagés dans leur ensemble, le syndrome de Korsakoff appartient à la confusion mentale dont il constitue une modalité clinique particulière.

Le point, à notre avis, délicat de la thèse de M. Féret est qu'il accepte l'existence d'une psychose de Korsakoff *sans polynévrite cliniquement appréciable*. L'examen mental permet, dit-il, d'affirmer, en dehors de tout signe physique, la maladie de Korsakoff: ses troubles mentaux suffisent à assurer à l'affection son individualité clinique. Il s'agit alors bien plutôt d'une cérébropathie psychique toxémique, ainsi du reste que l'appelait Korsakoff, que d'une psycho-polynévrite véritable. En réalité, l'analyse des faits montre que des troubles polynévritiques ont existé, plus ou moins accusés, mais, le pôle périphérique ayant été moins touché que le pôle central, ceux-ci ont disparu rapidement alors que persistaient seuls les désordres mentaux.

XIII. — *La thérapeutique des maladies mentales et nerveuses dans les asiles publics d'aliénés*; par le D<sup>r</sup> Jabouille, (12 mai 1910).

Cette thèse aurait pu, aurait dû être des plus intéressantes, mais l'auteur érige en principe qu'on ne soigne pas la folie dans nos asiles ou qu'on la soigne mal; généralisant un mauvais exemple, il se répand en critiques acerbes et méchantes. Il a, dit-il, « surtout essayé de donner une idée à ceux qui ne connaissent pas nos asiles publics de l'insuffisance vraiment inouïe de leur organisation actuelle au point de vue thérapeutique ». C'est un procès en règle qu'il fait au médecin d'asile. M. Jabouille me paraît être un esprit pessimiste, aveugle ou haineux au surplus, et sa thèse m'a violemment indigné. Je n'aime pas ceux qui, au sortir de leur internat, jettent la pierre à leurs anciens chefs de service, quels qu'ils soient et quels qu'ils aient été.

XIV. — *Paralysie générale et tabes précoces survenant après la syphilis acquise*; par le D<sup>r</sup> F. Passenaud (26 mai 1910).

L'auteur se prononce formellement « en faveur de l'origine indiscutablement syphilitique de la paralysie générale », soutient qu'il n'y a pas lieu de distinguer une pseudo-paralysie générale syphilitique et insiste sur l'importance de la méningite secondaire latente.

XV. — *Contribution à l'étude des applications de l'anthropologie à la psychiatrie*; par le D<sup>r</sup> Danoux (8 juin 1910).

L'auteur résume les acquisitions faites par la psychiatrie dans le domaine de l'anthropologie. Il énumère les signes anthropologiques fournis par l'examen de la taille (nanisme, gigantisme...), du tronc (masculinisme et féminisme, modifications et déformations du thorax et de l'abdomen, anomalies viscérales), des organes génitaux, des membres (de la main plus particulièrement), enfin, et surtout, de la tête (crâne et face). Les modifications anthropologiques que l'on rencontre chez les aliénés.

sont assez souvent associées. Les anomalies peu marquées et peu nombreuses ne sauraient sans quelque exagération être considérées comme stigmates de dégénérescence.

---

XVI. — *Etude critique des stigmates anatomiques de la criminalité et de quelques théories criminalistes actuelles*; par le D<sup>r</sup> R. Lebas (22 juillet 1910).

Le but de ce travail, inspiré par le P<sup>r</sup> Le Double, est de rechercher s'il existe un rapport de cause à effet entre la constitution anatomique anormale d'un individu et les tendances au délit et au crime, c'est-à-dire en réalité s'il existe, comme le voulait Lombroso, un type de criminel-né chez lequel d'incorrigibles tendances au crime s'accompagneraient de certaines anomalies anatomiques revêtant ainsi le caractère extrêmement important au point de vue médico-légal de stigmates anatomiques de la criminalité. Dans une première partie, l'auteur discute la valeur de ces prétendus stigmates, analyse et critique les arguments des différentes théories criminalistes (théorie de l'infantilisme; atavistique physique et morale; atavistique morale ou bestiale; pathologique ou tératologique) qui, en dehors des criminels passionnels et ébrioux ou d'occasion, n'admettent que des criminels-nés, criminels d'instinct, d'habitude et de profession, révoltés constitutionnels. Dans la deuxième partie, il réfute l'opinion, que d'aucuns soutiennent, qu'un enfant né porteur de ces stigmates anatomiques dits de la criminalité est fatalement voué à commettre des délits et des crimes sans que des facteurs autres que la constitution anatomophysiologique soient en cause.

---

XVII. — *Le mutisme en aliénation mentale*; par le D<sup>r</sup> E. Florenville (23 juin 1910).

L'auteur se cantonne dans l'étude du mutisme *purement et essentiellement psychique*. Avec Ségla, il distingue les mutismes absolu et relatif, continu et intermittent, volontaire et involontaire. — Le mutisme volontaire, élimination faite de celui des simulateurs, s'observe principalement chez les persécutés méfiants, ou bien est le résultat d'hallucinations impéra-



tives, ou enfin fait partie de l'opposition systématisée de certains malades, des déments précoces plus particulièrement. — Le mutisme involontaire se divise en mutisme par inhibition ou aboulie et mutisme par ralentissement, arrêt ou destruction de la pensée. Dans le premier cas, le malade aboulique ne peut plus vouloir; dans le deuxième, il ne peut pas parler, parce qu'obnubilé ou dément. Il faut encore ajouter le mutisme par préoccupation ou distraction (par une hallucination visuelle, auditive, ou psychomotrice) et le mutisme par idée délirante, mélancolique (d'humilité ou d'indignité), mégalomaniaque, hypocondriaque, de négation. — M. Florenville passe en revue les principales affections mentales dans lesquelles se rencontre le mutisme, la mélancolie, la démence précoce, la confusion mentale, le délire de persécution (mutisme par commandement, mutisme par méfiance), la paralysie générale, la débilité mentale (mutisme par caprice et entêtement). Il fait enfin une place à part au mutisme hystérique et cite à ce sujet quelques observations des plus curieuses, en indiquant les signes particuliers qui permettent le diagnostic.

XVIII. — *De l'achondroplasie spécialement étudiée au point de vue mental*; par le D<sup>r</sup> P. G. Lauze (23 juin 1910).

L'intelligence des achondroplases, formule Apert, est au moins égale à celles des sujets normaux. Cette assertion n'est pas toujours vérifiée par les faits. L'achondroplasie, d'autre part, est parfois associée à une psychopathie. Pour M. Lauze, les achondroplases seraient quelques-uns des maniaques typiques et tous ou presque tous des hypomaniaques.

« J'ajouterai même, dit-il, qu'ils doivent à cet état de manie subaiguë le meilleur d'eux-mêmes et le plus clair de leur esprit, charmant bien sûr et soigneusement cultivé autrefois. » Un certain nombre de bouffons royaux, nains achondroplases, n'auraient ainsi dû leur esprit joyeux et endiablé, leur verve loquace et moqueuse, leur malveillance et leur salacité qu'à une exaltation de nature psychosique (manie gaie, manie déclamatoire, manie taquine, manie érotique). Au point de vue pathogénique, l'auteur croit enfin pouvoir mettre sur le compte d'une hypercrinie testiculaire ou ovarienne la totalité des symptômes de manie et d'hypomanie observés chez les achondroplases, ainsi que leur achondroplasie elle-même. — Nous

n'avons aucune raison de nier l'existence possible d'accès maniaques chez un achondroplase, mais aussi il nous paraît nullement démontré qu'un trouble *continu* du caractère, qu'un état psychopathique *constitutionnel* comme celui que présentaient les classiques bouffons de cour, soit sous la dépendance d'une psychose essentiellement *périodique*.

XIX. — *De la démorphinisation brusque*; par le D<sup>r</sup> G. Thibault  
(16 juillet 1910).

Exposé de quelques méthodes de démorphinisation (substitutive, de suppression lente, rapide, brusque). Etude du morphinisé et du morphinomane. Les tares mentales constitutionnelles, causes prédisposantes de la morphinomanie et les altérations morales et volitionnelles acquises, effet de l'imprégnation toxique, n'ont cependant pas été suffisamment dégagées du tableau clinique général et fouillées individuellement. Aussi, l'auteur arrive-t-il à des conclusions que nous ne saurions admettre et notamment à celle-ci : « le malade doit avoir une parfaite connaissance de son traitement ». C'est là, au contraire, une pratique extrêmement dangereuse.

Le meilleur traitement de la morphinomanie, lisons-nous, est la suppression brusque du toxique; car son élimination se fait rapidement et est généralement loin de s'accompagner de phénomènes dramatiques. M. Thibault est certainement un convaincu, mais il n'a pas une grande habitude de traiter les morphinomanes et il ne connaît pas tous les procédés de suppression lente; il a tort de croire qu'avec cette méthode « le malade n'est pas soumis à une surveillance constante et peut organiser son existence à sa guise... , perd confiance en lui-même et en arrive vite à avoir le plus profond mépris pour le traitement si longtemps suivi ». Il est fort regrettable qu'il n'ait pas suivi l'enseignement de notre maître, le Professeur Joffroy; il aurait à coup sûr changé d'avis.

XX. — *La situation clinique de la mélancolie anxieuse*; par le D<sup>r</sup> P. Laffont (18 juillet 1910).

- Thèse extrêmement intéressante et bien conduite, sortant d'ailleurs du service de M. Deny, à la Salpêtrière, et portant le

cachet du maître. Nous y voyons fort bien traitée la discussion sur la nature de la mélancolie anxieuse que l'on a rattachée tantôt aux psychoses périodiques, circulaires, maniaques-mélancoliques; tantôt aux psychoses anxieuses et voisinant avec la névrose d'angoisse, après avoir tenté un moment de créer avec elle une entité nosologique, la mélancolie présénile, psychose d'involution.

L'étude clinique comme l'étude psychologique sont parfaites et plutôt que de les analyser sommairement, nous conseillons vivement à ceux que le sujet intéresse de lire cette thèse et même de la relire; le temps qu'ils y consacreront sera loin d'être perdu. Après une discussion tout à fait passionnante des éléments psychologiques constituant la mélancolie anxieuse et plus particulièrement de l'anxiété, M. Lafont estime que cette affection appartient nettement à la psychose maniaque-dépressive et se rapproche bien plus de l'excitation maniaque que de la mélancolie simple, et il conclut de la sorte: « Ainsi comprise, la mélancolie anxieuse réalise un type parfait d'état mixte composé de dépression affective et d'excitation motrice et psychique comme la manie coléreuse. Le schéma de ces deux états sera donc absolument le même; tous deux seront englobés dans l'excitation avec dépression affective de Demy. »

Conclusion à part qu'il est permis à chacun de discuter, que n'avons-nous toujours des thèses étudiées et présentées comme celle-là!

ROGER DUPOUY.

*Die Prinzipien und Methoden der Intelligenzprüfung* (Les principes et les méthodes d'examen de l'intelligence); par le professeur Dr Th. Ziehen. Broch., in-8°, Berlin, Verlag von S. Karger, 1908.

M. Ziehen pose ainsi le problème: « Nous acquérons par l'intermédiaire de nos sensations des représentations, d'où nous tirons encore d'autres représentations et associations. Cette construction de représentations doit être examinée suivant l'ordre de leurs assises successives et par des méthodes qui permettent d'affirmer si les matériaux et l'emploi qui en est fait est normal ou non. »

En fait, il s'agit des méthodes dites des tests. Voici les opérations intellectuelles et les tests y afférents que reconnaît ou propose M. Ziehen. La « rétention ou déposition. », autrement

dit la capacité d'acquisition de la mémoire vient en premier lieu. Après avoir discuté plusieurs procédés, l'auteur recommande particulièrement le suivant qui lui donne de bons résultats. Je puis dire, pour ma part, que je l'emploie couramment et je le considère comme le plus souvent très bon : On fait faire une multiplication (de la table de multiplication) de mémoire. Puis on fait répéter au malade une première série de six chiffres, puis une seconde et enfin on redemande au patient de dire quelle question lui a été posée en premier lieu. Les normaux, même illettrés, répètent très bien tout. Je passe sur bien des détails. Vient ensuite le tracé d'une figure de mémoire, choisie d'une certaine façon. Enfin, on fait exécuter une petite commission par le malade et, quelque temps après, on vérifie si celui-ci est capable de la refaire.

Les processus que Ziehen appelle « isolation, komplexion, généralisation » doivent être étudiés ensuite. Cela revient à chercher la formation des idées générales et abstraites. On s'assurera, par exemple, que le malade connaît le mot de meubles pour caractériser l'ensemble des chaises, table, etc., qu'on lui a montrés, et qu'il a nommés. On fait donner une définition et, mieux, on demande des différences. Par exemple : Quelle différence y a-t-il entre un escalier et une échelle? etc.

Pour la « reproduction », Ziehen emploie les mots à associer : on cite au malade une série de mots, et il doit à chacun dire le mot qui lui vient à l'esprit. On recommence le lendemain et huit jours après. On a ainsi une idée de la capacité d'évocation et ainsi en fait de la « rétention ». Cela indique d'ailleurs, en tout cas, bien le matériel « liquide » que le malade a à sa disposition pour penser.

La « kombination » est le fond du raisonnement. On fait faire au malade de petits problèmes simples, ou bien on fait dans une phrase où manquent des syllabes et des mots, combler ces lacunes de façon à ce que la phrase ait un sens ; ou bien enfin on propose de terminer une phrase qui commence par quoique ou parce que. Plus simplement on vérifie si le patient comprend une petite histoire en la résumant, ou une image dans son ensemble. On peut encore soumettre au malade une « histoire sans paroles » en images, qu'il faut suivre et comprendre. Mais avec tout cela il ne faut pas oublier l'examen de l'attention. Le procédé de Bourdon est le meilleur : faire rayer les mêmes lettres dans un texte imprimé sans sens et ensuite dans un texte avec un sens.

On voit tout l'intérêt de ce travail. Pourtant, après avoir exposé des tests analogues, Ræcke, dans son excellent *Grundriss der psychiatrischen Diagnostik*, dit qu'une bonne observation de la conduite du malade à l'intérieur de l'asile donne souvent plus de renseignements que tous ces procédés laborieusement construits de fine psychologie. Tout au moins, ajouterai-je, au point de vue de la clinique journalière pratique.

PH. CHASLIN.

*Les auxiliaires du médecin d'asile*; par le D<sup>r</sup> A. Rodiet (ouvrage couronné par l'Académie de médecine). 1 vol. in-18, Paris, V. Giard et E. Brière, 1910.

L'utilité d'un personnel instruit et l'insuffisance actuelle de ce personnel dans les asiles d'aliénés sont reconnues par tous les médecins aliénistes, et il faut savoir gré à tous les travaux qui, vulgarisant l'étude de la question, éveillent l'attention des pouvoirs publics, sollicitent des initiatives et des concours pour hâter la réalisation des vœux bien souvent formulés dans nos Congrès et nos réunions.

Le travail de notre confrère est du nombre et sa lecture inspirerait utilement administrations et commissions de surveillance.

A la conception toujours plus répandue de l'asile-hôpital devrait correspondre une organisation d'un cadre d'infirmiers instruits de leur rôle. Avec le D<sup>r</sup> Rodiet, nous voyons sur le vif des statistiques les difficultés, les insuffisances du recrutement, l'instabilité d'un personnel qui ne tient pas à sa fonction, ne s'y intéresse pas et l'accepte comme un pis-aller. C'est — il faut le dire — à cause de la répugnance qu'inspire à beaucoup de gens cette existence en commun avec les aliénés, cette vie d'internement et de discipline obligatoires, que le recrutement est aussi difficile. La tâche qui lui est confiée est aride, ingrate; aussi devrait-on s'efforcer de la rendre plus attrayante et plus lucrative. Qui ne serait convaincu, à lire les très instructives statistiques que le D<sup>r</sup> Rodiet a relevées après referendum auprès des administrations d'asiles, qu'il reste beaucoup à faire? Faut-il citer les asiles où les salaires mensuels sont de 22, 21, 20, 15, 12 francs même? Ces salaires, il est vrai, correspondent suivant la loi de l'offre aux pays pauvres où le recrutement est facile; mais si le recrutement est difficile ailleurs, dans les asiles où le traitement est sensiblement plus

élevé, c'est que la solution ne réside pas entièrement dans la question salaires. En effet, à côté d'elle se placent d'autres desiderata qui, assurant plus de bien-être et de dignité aux infirmiers et leur donnant des garanties pour l'avenir, constitueraient pour nos auxiliaires une vraie fonction et une carrière.

Comment n'a-t-on pas compris, dans ce pays où la constitution d'une retraite pour les jours d'infirmité est comme le mirage principal du fonctionnarisme, qu'il y avait intérêt à assurer cet avantage aux infirmiers d'asiles? Faut-il répéter que les palefreniers des haras, les gardiens des prisons, les surveillants des musées; jouissent de cet avantage à côté d'autres non moins légitimes, tels que le logement en dehors des quartiers, la faculté et la facilité, pour ce personnel, de se marier et de se créer un foyer?

L'auteur nous donne des renseignements très intéressants sur la réglementation du travail, le service des veilles, la constitution d'une caisse de retraites, etc..., tels qu'ils existent dans certains asiles, et il étudie ensuite les moyens d'élargir le recrutement de nos auxiliaires. Il est ainsi amené à nous donner l'avis des inspecteurs de l'Assistance publique relatif à cette idée de recruter le personnel secondaire des asiles parmi les enfants assistés. En majorité, les inspecteurs de l'Assistance se montrent hostiles à ce projet, parce que cette profession peu indépendante offre, d'autre part, un minimum d'avantages et qu'ils auraient scrupule à peser sur la décision des pupilles dans le choix d'une profession considérée en somme par eux comme peu intéressante encore. Nous croyons cependant qu'en profitant des critiques faites et en s'appliquant à les dissiper, l'idée serait fertile. Il en est de même pour la recrutement par les œuvres d'assistance et de bienfaisance privées, par la publicité à faire auprès des soldats libérés du service militaire ou encore dans les régions pauvres qui, précisément, offrent à leurs asiles un excédent de demandes d'emploi.

Après avoir développé de façon heureuse les moyens d'améliorer et de modifier les conditions du recrutement, notre confrère envisage en outre la création d'un office *central* de recrutement avec lequel se tiendraient en rapports les asiles pour leurs besoins. Il conviendrait ici de préciser les bases et les garanties qui présideraient à cette inscription des candidats. Avec quelque raison peut-être, la plupart de nos confrères préféreraient un office régional sinon *local*, car dans cette profession tout particulièrement, il y a intérêt à ce que le médecin, l'em-

ployeur, juge des aptitudes et des qualités de l'employé et procède personnellement à ce choix. A cet office du moins pourraient être inscrites les places vacantes, et les candidats, suivant les désir exprimés, pourraient se soumettre à un examen spécial; mais il y a lieu de croire que le recrutement restera régional. Quoi qu'il en soit, le conseil nous paraît judicieux d'élargir le recrutement en s'adressant à tous les groupements énumérés.

M. Rodiet envisage ensuite la question de l'instruction professionnelle à l'asile; et par un programme des cours il termine son mémoire dont l'intérêt et l'heureuse rédaction apparaîtront au lecteur.

EDMOND CORNU.

*State of New-York state Commission in Lunacy twentieth Annual report, october 1907 to september 1908, 1704 pages.*  
(Vingtième rapport annuel de la Commission in Lunacy de l'Etat de New-York pour l'année 1907-1908). 1 vol. in-8° de 1704 pages.

Ce rapport se présente sous la forme d'un très gros volume contenant le rapport annuel de tous les établissements d'aliénés de l'Etat de New-York, rapport médical et administratif, et des considérations générales dont nous extrairons les particularités intéressantes.

Le nombre total d'aliénés internés était au 30 septembre 1908 de 30.456 dont 1.035 dans les maisons privées; ce chiffre traduit une augmentation numérique dans l'année de 1.363 malades. Il y a eu 6.681 admissions, 2.718 sorties et 2.333 décès dans l'année.

Le budget total se chiffre par 31 millions 342.530 francs de recettes et de 29 millions 389.565 francs de dépenses.

Le nombre croissant d'immigrants aliénés que l'on est obligé de rapatrier, préoccupe l'Administration qui se montrera plus sévère dans l'examen d'arrivée. En 1908, il y a eu 424 transferts.

Un article additionnel a été introduit dans la loi qui régit le régime des aliénés, d'après lequel un malade peut demander lui-même son internement. Cette mesure est humanitaire et peut sauver des existences ou éviter des malheurs.

Des mesures très libérales sont prises pour le bien-être et

l'amélioration des malades ; c'est ainsi que sur leur parole les malades peuvent jouir de la liberté par périodes renouvelées de trois jours, le placement familial pour les chroniques tranquilles se répand de plus en plus, des maisons de convalescence ou de vacances sont créées, une surveillance étroite est établie pour proscrire tous les moyens de contrainte dans les maisons de santé privées et les asiles.

Des spécialistes consultants sont attachés à la plupart des asiles, des Revues de psychiatrie sont régulièrement publiées, des réunions scientifiques ont lieu avec présentation de malades, des laboratoires sont annexés aux asiles, un inspecteur médical visite les asiles, s'assure du traitement prescrit aux malades, de leur maintien justifié, etc..., un enseignement professionnel, méthodique par conférences dans les asiles, par des publications, témoigne enfin de l'activité dont on entoure la psychiatrie outre-mer. Une Commission s'occupe du choix des emplacements, de la création, des améliorations des asiles.

Le traitement des médecins et du personnel vient d'être augmenté, et la Commission est autorisée avec l'approbation du secrétaire d'Etat aux Finances d'augmenter encore des salaires quand elle le jugera opportun. Le personnel est ainsi classé : médecin-directeur, 30.000 francs par an ; médecins en chef nommés après examen et après cinq ans d'exercice comme assistants, 18.000 à 25.000 francs ; directeurs cliniques de psychiatrie, 12.500 à 18.000 francs ; premier assistant, 11.250 à 15.750 francs, nommé après examen et après trois ans de grade inférieur ; assistant senior après examen et deux ans de grade inférieur, 9.500 à 13.300 francs ; assistants après deux ans de service dans un asile comme médecin junior, de 8.000 à 12.000 francs ; médecin-adjoint nommé après trois ans de pratique médicale ou un an d'internat dans un asile, 6.000 francs ; doctresses 6.500 à 9.000 francs ; premier interne, 5.000 francs ; second interne, 3.000 francs. Les internes sont nommés pour deux ans, sans concours, après un stage d'un an dans un hôpital général.

Ces traitements s'augmentent de 10 p. 100 tous les cinq ans et pendant vingt ans après la nomination au grade de « junior assistant ». Bien entendu, une autre augmentation consiste dans le passage à une classe supérieure du cadre.

Le directeur des cours d'infirmiers reçoit 6.000 francs par an. L'économiste-régisseur dans les asiles les plus importants reçoit de 16.500 à 22.500 francs, avec entretien et augmenta-



tion de 500 francs par an. Les économistes des autres asiles reçoivent de 10.000 à 12.500 francs; ceux d'entre eux qui dirigent en plus une section industrielle dont le chiffre d'affaires est supérieur à 325.000 francs reçoivent un supplément de traitement de 2.500 francs.

Au surplus, les médecins-chefs, économistes, premiers assistants, assistants seniors pourront obtenir le séjour et l'entretien de leur famille limitée à leur épouse et à leurs enfants mineurs.

EDMOND CORNU.

*Le diagnostic de la folie.* Communication à la Société médicale de Dayton (Ohio), 16 avril 1909; par le D<sup>r</sup> Langdon. Broch. in-8°. Ohio, 1909.

M. Langdon appelle l'attention du médecin praticien sur l'importance du diagnostic des maladies mentales et indique les points variés auxquels doit satisfaire la recherche de ce diagnostic et du traitement.

L'auteur fait remarquer que depuis plus de vingt-cinq ans qu'il a abordé l'étude des maladies mentales, il se persuade chaque jour davantage que ces maladies ne peuvent pas se détacher des maladies générales et que le neurologue est obligé dans la recherche des causes, du traitement et du diagnostic, d'incursionner dans le champ de la médecine générale. Quelle est, en effet, la valeur d'un diagnostic de confusion mentale aiguë, par exemple, sans l'examen et la connaissance de l'état artériel, des fonctions rénales, du muscle cardiaque, de la puerpéralité, des attaques récentes de grippe ou autres infections, de l'intoxication alcoolique, etc... Il serait aussi inadmissible de traiter un cas d'alcoolisme sans examiner l'état du cœur, des reins, du foie, du sang, que de traiter une psychose sans tenir compte de l'organisme, des tendances, du milieu du sujet.

Cet examen demande un certain temps, et point n'est besoin de formuler un diagnostic à la première séance. Le chirurgien qui coupe une artère au cours d'une opération, pose une ligature avant de se soucier du nom de l'artère coupée; le médecin soigne la fièvre et l'état général avant de fixer un diagnostic que l'évolution des symptômes viendra lui apprendre.

Le praticien a à répondre à ces deux questions: le malade est-il aliéné? et, s'il est aliéné, son internement est-il néces-

saire? C'est ici que se posent deux points de vue différents dont la solution réside dans l'étude complète du cas, ainsi qu'il a été dit. En effet, la loi considère la folie comme une question d'opportunité basée sur les intérêts du rouage social; la médecine considère le patient et la nature de son mal. L'une se préoccupe de la situation de l'individu, des moyens de le guérir ou de l'améliorer; l'autre a pour souci la protection de la société, des intérêts généraux, de l'ordre social existant. Il est évident que la folie légale est aussi la folie diagnostiquée telle en médecine, mais celle-ci peut ne pas être légale. En d'autres termes, le traitement peut être indiqué, mais l'internement, qui est à proprement parler le remède légal, peut ne pas être nécessaire. Et le praticien aura à envisager les causes, la durée probable, la forme de la maladie, avant de trancher les questions d'internement, de capacité civile du malade, etc...

Après avoir ainsi insisté sur l'utilité des recherches somatiques dans le diagnostic et le traitement des maladies mentales, l'auteur passe en revue avec détail tous les points principaux sur lesquels doit porter l'examen: identité du malade, histoire de la famille, antécédents personnels, examen somatique complet des organes, examen des troubles mentaux (attitude, gestes, réponses du malade, etc..., jugement, hallucinations, illusions, etc...).

EDMOND CORNU.

*La fonction du sommeil; physiologie, psychologie, pathologie; par le D<sup>r</sup> Albert Salmon (de Florence). 1 vol. Paris, Vigot, 1910.*

La sémiologie du sommeil est certainement des plus importantes; cependant elle a été jusqu'ici fort peu étudiée. Après un aperçu de son rôle biologique, M. A. Salmon définit ainsi le sommeil: « le ralentissement de la vie de tous les corps organiques, lesquels, pour conserver leur nature chimique et morphologique, ont le besoin de suspendre ou de ralentir périodiquement leur métabolisme, c'est-à-dire le déplacement de leur énergie chimique, l'usure de leurs tissus ». Le sommeil est un repos de l'activité psychique; celle-ci est un antagoniste de celui-là; l'influence de l'un augmente quand l'énergie de l'autre diminue (exemple: l'insomnie des préoccupés, des obsédés...). Le sommeil profond est le plus réparateur, et quand on l'éconte

d'une façon continue le sommeil gagne en profondeur ce qu'il perd en longueur, de façon que son action réparatrice demeure identique. Dormir, c'est se désintéresser, a dit Bergson. On dort dans l'exacte mesure où l'on se désintéresse : les enfants, vieillards, idiots, déments s'endorment avec la plus grande facilité.

La connaissance de la psycho-physiologie du sommeil permet d'établir des différences très nettes entre lui et les états analogues : état d'hypnose et léthargie hystérique, inhibition épileptique ou électrique, apathie, torpeur psychique, hébétude de cause cérébrale, narcoses et comas toxiques. Le sommeil, en effet, n'est autre chose qu'une fonction de défense contre l'intoxication des centres nerveux ; c'est en même temps un phénomène de nutrition, de réintégration pour l'organisme (c'est le moment du repas du cerveau, a pu écrire Debove) ; et il faut, avec Claparède, le considérer non comme un état purement négatif, mais comme une fonction positive, un acte d'ordre réflexe. Pour l'auteur, le sommeil serait une fonction de sécrétion. Ses troubles seraient très fréquents et constitueraient un des symptômes les plus caractéristiques dans les maladies des organes à sécrétion interne ; mais surtout l'hypersomnie serait de règle dans les hypertrophies hypophysaires, l'insomnie au contraire dans les diminutions anatomiques ou fonctionnelles de l'hypophyse. Le rôle de cet organe sur le sommeil serait à rapprocher de celui de la glande hibernale dans la léthargie des mammifères hibernants. L'hypophyse présiderait à la fonction hypnique. C'est là une hypothèse d'une portée considérable et dont la vérification entraînerait une orientation toute particulière de la thérapeutique dans certaines insomnies.

M. A. Salmon termine son très intéressant ouvrage par une classification originale des troubles du sommeil : la tendance au sommeil, incontinence du sommeil assimilable à l'énurésie ; la narcolepsie, incontinence paroxystique du sommeil ; l'augmentation du sommeil, hypersomnie ; la perturbation du sommeil, para ou dyssomnie (cauchemars, somniloque, somnambulisme, onirisme, psychoses somnolentes, etc.) ; la diminution du sommeil, hyposomnie et l'insomnie ou agripnie dont l'insuffisance hypophysaire serait une des causes les plus curieuses.

ROGER DUPOUY.

*La base anatomique des psychoses*; par le D<sup>r</sup> Ch. Ladame, privat-docent à l'Université de Genève, médecin-adjoint à l'asile-clinique du Bel-Air. Broch., in-8°. Extrait de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, numéro de mars-avril 1910.

On est en droit d'admettre que tout processus mental normal ou pathologique qui s'effectue doit nécessairement avoir un corrélatif organique, que ce soit une modification passagère dans le chimisme cellulaire, un trouble dynamique ou une altération plus profonde et plus durable, dont le terme peut être la destruction irrémédiable, la mort de l'élément cellulaire. Mais l'auteur va plus loin. Il croit pouvoir, d'ores et déjà, affirmer qu'il n'y a pas une affection mentale pour laquelle on ait trouvé l'écorce cérébrale indemne de toute altération; il distingue donc, en prenant l'anatomie pathologique pour base, deux groupes de psychoses: — à lésions essentiellement parenchymateuses — à lésions connectivo-vasculaires prédominantes; les démences précoces, la folie maniaque-dépressive, toutes les psychopathies dites fonctionnelles appartiendraient au premier groupe.

La « base anatomique » comprend aussi bien les modifications chimiques fugaces que les altérations constantes et définitives des éléments nerveux; on pourrait la définir: tout changement effectué dans la formule physico-chimique du protoplasma cellulaire. Toutefois, quelque constantes et faciles à démontrer que soient les lésions histologiques décrites jusqu'ici dans les maladies mentales, aucune n'est typique, aucune ne peut nous donner l'explication d'un symptôme psychique quelconque. Les problèmes de l'anatomie et de la physiologie pathologiques cérébrales ne pourront être résolues que dans un avenir plus ou moins proche, lorsque sera définitivement connue la cyto et myélo-architecture du cerveau normal.

ROGER DUPOUY.

*Ueber nervöse und psychische Störungen der Jugend* (Sur les troubles nerveux et psychiques de la jeunesse); par le D<sup>r</sup> E. Siemerling. Broch. in-8°, Berlin, August Hirschwald, 1909.

Ceci est un discours académique qui s'adresse autant au « laïque » qu'au médecin. Pourtant celui-ci aura intérêt à lire

cette courte brochure où il trouvera énumérées toutes les affections nerveuses et mentales qui assaillent la jeunesse. M. Siemerling fait remarquer avec raison, que les obsessions commencent très tôt. Tout médecin d'enfants devrait le savoir; j'ajouterai les perversions sexuelles qu'il serait si utile de dépister de bonne heure, avant qu'elles ne soient incrustées. Il faut noter aussi le grand nombre de suicides d'écoliers en Allemagne. A la fin de l'article se trouve une bibliographie qui sera très utile.

PH. CHASLIN.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

MAX LÖWY. Beitrag zur Lehre vom Querulantenwahn. 17 pages in-8°. Extrait de *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1910.

PAUL MEUNIER et RENÉ MASSELON. Les rêves et leur interprétation. Essai de psychologie morbide. 218 pages in-16 de la *Collection de psychologie expérimentale et de métapsychie*. Paris, Bloud et C<sup>ie</sup>, 1910.

J.-A. RIVIÈRE. Esquisses cliniques de physiothérapie. Traitement rationnel des maladies chroniques. 1 vol. in-8° de 400 pages, avec gravures, précédé d'une lettre du D<sup>r</sup> Lance-réaux. Paris, A. Maloine, 1910.

Terzer Congresso medico latino-americano. Montevideo, 17-24 de Marzo de 1907. 5 vol. in-8°, publiés par le D<sup>r</sup> J. Pon Orfila, prosecretario. Montevideo, 1908-1909.

Compte général de l'Administration de la Justice civile et commerciale pendant l'année 1906, présenté au Président de la République par le Garde des sceaux, ministre de la Justice. 176 pages in-folio. Paris, Imprimerie nationale, 1909.

PAUL BROUSSE. Le décret du 2 février 1910 sur le personnel médical des asiles d'aliénés. 9 pages in-8°. Extrait de la *Revue départementale*, 1910.

ALFREDO MONTANARI. Considerazioni di Psicoterapia. 18 pages in-8°. Extrait des *Annali di freniatria e scienze affini*, 1909.

— Un caso di migigrafia nevralgica guarito colla psicoterapia razionale. 11 pages in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*, 1909.

— Intorno ad alcune modalità di pantoelastia (Prima nota). 9 pages in-8°. Extrait de *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*, 1909.

G.-L. LADAME. Le tabes traumatique. 12 pages in-8°. Extrait de l'*Encéphale*, mars 1910.

— Sclérose latérale amyotrophique post-traumatique. 12 pages in-8°. Extrait de la *Revue suisse des accidents du travail*, novembre 1909.

F. W. LANGDON. Thirty-sixth annual report of the medical director of the Cincinnati sanitarium for the year ending november 30 th, 1909. 18 pages in-8°, avec planches, s. l. n. d.

— Diagnosis of insanity. 16 pages in-8°. Ohio, 1909.

L. VERNON BRIGGS. Observation hospital for mental disease. Some raisons why there should be one in Boston, or at least on observation ward; statistics of those at Albany and Glasgow. 23 pages in-12. Extrait de *Boston medical and surgical Journal*, juin 1906.

Thirty-second annual report of the trustees of the Danvers state hospital at Danvers, Mass., for the year ending november 30, 1909. 53 pages in-8°, Boston 1910.

Seventeenth annual report of the state Charities Aid Association to the state Commission in Lunacy. November 1, 1909. 72 pages in-8°. Press of Brandow Printing Company, Albany, N. Y. s. d.

Protestant hospital for the Insane, Verdun, Montréal, Que. Annual report for the year 1909. 78 pages in-8°, avec planches. Montreal, C. R. Conseil, Print., 1910.

BIAUTE. Nouvelle classification des maladies mentales. 8 pages in-8°. Extrait de la *Gazette médicale de Nantes*, s. d.

EUGENIO BRAVETTA. Contributo alla istologia patologica della paralisi progressiva. Nota riassuntiva. 10 pages in-8°. Extrait du *Bollettino della Società medico-chirurgica di Pavia*, 1910.

G. ANTONINI. Assistenza et trattamento dei pellagrosi e degli alcoolisti. 206 pages in-8°, avec 3 tableaux, du *Trattato di medicina sociale sanita psichica*. Milan, Francesco Villardi, s. d.

GIACINTO FORNACA. Cinque casi di mericismo in alienate. Ricerche di chimica fisiologica (con due tracciati). 23 pages in-8°. Perugia, 1910.

ITALO GARDI et FRANCESCO PRIGIONE. Il siero di sangue dei malati di mente investigato col metodo biologico. 69 pages in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*, 1910.

TANCREDI CORTESI. Contributo allo studio degli stati terminali della demenza precoce. Studio clinico e psicologico. 75 pages in-8°. Extrait du *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*, 1909.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. XIX<sup>e</sup> session, Nantes, 2 au

7 août 1909. Compte rendu (discussions et communications diverses) publié par le D<sup>r</sup> Ch. Mirailhé, de Nantes, secrétaire général. 1 vol. in-8° de 473 pages. Paris, G. Masson et C<sup>ie</sup>, 1910.

L. ARSIMOLES. Troubles mentaux dans les maladies du cœur. 14 pages in-8°. Extrait de l'*Echo médical du Nord*, numéro du 17 avril 1910.

Crichton royal institution Dumfries. Sixty-ninth annual report. Year 1908. 47 pages in-8°. Dumfries, 1909.

C. C. EASTERBROOK. The sanatorium treatment of active insanity by rest in bed in the open air. 19 pages in-8°, avec planche. Extrait de *The scottish medical and surgical Journal*, november 1907.

G. LE FILLIATRE et G. ROSENTHAL. Appareil du D<sup>r</sup> Le Filliatre pour le drainage lombaire du liquide céphalo-rachidien. Sa technique. Communication au XVI<sup>e</sup> Congrès international de médecine. Budapest, 29 août-4 septembre 1909. 4 pages in-8°, avec figures. Typ. A. Davy, s. d.

Compte général de l'Administration de la Justice criminelle pendant l'année 1907, présenté au Président de la République par le Garde des sceaux, ministre de la Justice. France, Algérie, Tunisie. 174 pages in-folio. Paris, Imprimerie nationale, 1909.

G. PAUL-BONCOUR et J. BOYER. L'imagination chez l'enfant anormal. 20 pages in-8°, avec 19 dessins dans le texte. Paris, au *Progrès médical*, 1910.

A. MAEDER. La langue d'un aliéné. Analyse d'un cas de glossolalie. 9 pages in-8°. Extrait des *Archives de Psychologie*, mars 1910.

PAUL DUBOIS. Raison et sentiment. Conférence faite à l'Aula de l'Université de Berne, le 3 mars 1910. 1 vol. de 63 pages in-18, cartonné à l'anglaise. Berne, A. Francke, 1910.

First biennial report comprising the eighteenth and nineteenth annual reports of the Trustees and officers of the Ohio hospitals for epileptics at Gallipolis. 119 pages in-8°, avec planches. Springfield, Ohio, 1910.

Seventeenth annual report (first biennial) of the board of trustees and officers of the Massillon state hospital to the Governor of the state Ohio, for the period ending november 15, 1909. 86 pages in-8°. Springfield, Ohio, 1910.

P. L. LADAME. Religion et pathologie mentale. 12 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus du VI<sup>e</sup> Congrès international de psychologie*. Genève, 3 et 4 août 1909.

---

---

# VARIÉTÉS

---

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

*Arrêté d'août 1910* : M. le D<sup>r</sup> LEVASSORT, médecin-adjoint de l'Asile de Caen (Calvados), est promu à la 1<sup>re</sup> classe de son grade (4.000 francs);

— *Arrêtés de septembre 1910* : M. le D<sup>r</sup> COLIN, médecin en chef de l'asile de Villejuif, est promu à la 1<sup>re</sup> classe de son grade (8.000 francs);

M. le D<sup>r</sup> PAIN, directeur-médecin de l'asile de Laroche-gaudon (Mayenne), est promu à la 2<sup>e</sup> classe de son grade (7.000 francs);

— *Arrêté d'octobre 1910* : M. de GENNEVILLE, chevalier de la Légion d'honneur, est nommé directeur administratif de l'asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), en remplacement de M. GUICHET, décédé.

— *Arrêtés de novembre 1910* ; M. le D<sup>r</sup> VIALON, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône), est promu à la 1<sup>re</sup> classe de son grade (8.000 francs);

Conformément au décret du 2 février 1910, sont nommés médecins-adjoints de la classe exceptionnelle (4.500 francs), MM. les D<sup>rs</sup> AUBRY, de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle); CAPGRAS, de l'asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise); COULONJOU et GIMBAL, de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne); LÉPINE, de l'asile de Bron (Rhône); MASSELON, de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher); VERNET, de Sainte-Catherine d'Yzenye (Allier);

M. GASPA, directeur de l'asile d'Armentières (Nord), est nommé directeur de l'asile de Château-Picon (Gironde), en remplacement de M. JUSSERAND, admis à faire valoir ses droits à la retraite;

M. CUVELIER, directeur de l'asile de Rennes (Ille-et-Vilaine), est nommé directeur de l'asile d'Armentières;

M. LEMAÎTRE, chef de division de la Préfecture d'Ille-et-Vilaine, chevalier de la Légion d'honneur, est nommé directeur de l'asile de Rennes.

M. le D<sup>r</sup> DIDE, directeur-médecin de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est promu à la 3<sup>e</sup> classe de son grade (6.000 francs).



## PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle, le mardi 13 décembre 1910, sous la présidence de M. Dieulafoy, président.

Parmi les nombreux prix distribués, nous relevons les suivants, décernés à des travaux sur la pathologie mentale et nerveuse :

**PRIX DE L'ACADÉMIE.** — 1.000 francs. — Question : *Physiologie et pathologie de l'hypophyse*. — Trois mémoires ont été présentés.

Prix à M. le D<sup>r</sup> PAUL THAON, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Mention très honorable à MM. les D<sup>rs</sup> JACQUES PARISOT, chef de clinique, et MAURICE LUCIEN, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Nancy.

**PRIX APOSTOLI.** — 600 francs. — Trois mémoires ont été présentés.

Prix à M. le D<sup>r</sup> THOMAS NOGIER, professeur à la Faculté de médecine de Lyon : « Electrothérapie ».

Mention honorable à M. le D<sup>r</sup> BONNEFOY, de Cannes : « Traitement des névralgies et des névrites par les courants de haute fréquence ». — « Traitement de la maladie de Raynaud par les courants de haute fréquence ».

**PRIX BAILLARGER.** — 2.000 francs. — Deux mémoires ont été présentés.

Prix à M. le D<sup>r</sup> GABRIEL DOUTREBENTE, administrateur de l'hôpital général de Tours : « De l'organisation médicale des asiles d'aliénés ». — « Quarante années de pratique médicale et administrative ».

Mention très honorable à M. le D<sup>r</sup> A. RÔDIET, médecin en chef de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) : « De la situation actuelle et de l'extension future de l'assistance familiale des aliénés en France ».

**PRIX BARBIER.** — 2.000 francs. — Six mémoires ont été présentés.

Le prix a été partagé entre :

M. le D<sup>r</sup> MARIE, médecin-chef des asiles de la Seine, Asile de Villejuif : « Colonisation des épileptiques de la Seine; de la colonisation agricole en général et de l'assistance par le retour à la terre ». — M. le D<sup>r</sup> E. SACQUÉPÉE, médecin-major de

2<sup>e</sup> classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce : « Notes et mémoires sur les infections paratyphoïdes ».

PRIX CHARLES BOULLARD. — 1.200 francs. — Trois mémoires ont été présentés.

Le prix est décerné à MM. les D<sup>rs</sup> P. SÉRIEUX et J. CAPGRAS, médecins des asiles d'aliénés de la Seine : « Les folies raisonnantes, le délire d'interprétation ».

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. — Question : *Des signes fournis au diagnostic des maladies mentales par l'examen du liquide céphalo-rachidien.* — Deux mémoires ont été présentés.

Prix à MM. les D<sup>rs</sup> A. MARIE, médecin en chef et BEAUSART, interne des asiles de la Seine. — Mention honorable à MM. les D<sup>rs</sup> J. ROUBINOVITCH, médecin de l'hospice de Bicêtre, et HENRI PAILLARD, interne des hôpitaux de Paris.

PRIX FALRET. — 700 francs. — Question : *Traumatismes cérébraux et troubles intellectuels au point de vue clinique et médico-légal.*

Un mémoire a été présenté. — Prix à M. le D<sup>r</sup> RAOUL BENON, interne de la clinique des maladies mentales et de l'encéphale, Paris.

PRIX HERPIN (de Metz). — 3.000 francs. — Neuf mémoires ont été présentés.

Le prix est décerné à M. FÉLIX ROSE, de Paris : « L'apraxie ».

PRIX HENRI LORQUET. 300 francs. — Cinq mémoires ont été présentés.

Le prix est décerné à M. le D<sup>r</sup> MIGNARD, de Paris : « La joie passive ; étude de psychologie pathologique ».

Dans la même séance, l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1911, 1912 et 1913. Les *Annales* ont publié les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse pour les deux premières années (V. les numéros de janvier 1909, p. 159, et janvier 1910, p. 164) ; voici celles proposées pour 1913 :

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. — Partage interdit. — Question : *Nature et pathogénie de la paralysie infantile.*

PRIX FALRET. — 700 francs. — Partage interdit. — Question : *Causes déterminantes de l'attaque d'épilepsie (conséquences thérapeutiques).*

PRIX HERPIN (de Genève). — 3.000 francs. — Partage interdit. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

PRIX LORQUET. — 300 francs. — Partage interdit. — Ce

prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

NOTA. — Les concours de l'Académie de médecine sont clos tous les ans fin de février. Les ouvrages adressés pour ces concours, devront être écrits lisiblement, en français ou en latin; ceux qui seront anonymes devront porter une épigraphe ou devise apparente, qui sera répétée sur un pli cacheté joint à l'ouvrage et contenant les noms et adresse de l'auteur.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à deux concours différents de l'Académie de médecine.

#### LA STÉRILISATION DES ALIÉNÉS

On fait grand bruit autour d'un procédé prophylactique qui, méthodiquement appliqué, ferait disparaître la dégénérescence, la folie, la criminalité et autres vices désolant la pauvre humanité. Il ne s'agit de rien de moins que de faire subir à tous ceux qui auraient la malchance d'avoir quelque tare physique ou morale, sujette à se transmettre à leurs descendants, une délicate opération qui tarirait à jamais leurs moyens de reproduction. Que ce procédé nous vienne des Etats-Unis d'Amérique, personne ne s'en étonnera; mais ce qui a lieu de nous surprendre, c'est qu'il ait trouvé en France des partisans, même parmi les médecins. A nos confrères qui ont cru devoir prôner ce procédé barbare, notre distingué collègue, M. le D. Roger Mignot, a répondu dans une lettre pleine d'esprit et de bon sens, publiée dans le journal *La Clinique* (numéro du 29 avril 1910), et que nous nous faisons un plaisir de reproduire.

#### MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF,

Au nom des justes lois, j'invoque le droit de réponse pour défendre mes malades dans ce qu'ils ont de plus intime.

Depuis la chronique du 26 novembre 1909, de MM. Gardner et Darvillers, aliéniste que je suis, je ne dors plus tranquille; chaque mois, dans une nouvelle revue, un nouveau confrère réclame à grands cris la stérilisation des aliénés: en février, c'était le D<sup>r</sup> Thulié dans la *Revue Philanthropique*; en mars, c'était le D<sup>r</sup> Desfosses dans la *Presse Médicale*.

C'est avec peine que j'ai vu des médecins mettre dans le même panier à salade, à destination du père coupe-toujours, les apaches, les voleurs et autres bandits, avec les pauvres déshérités, les lamentables vaincus de la lutte des neurones.

Notre redoutable ancêtre Marat demandait cent mille têtes pour réduire les aristocrates et sauver la République. On réclame maintenant un nombre égal de testicules pour protéger les vierges en péril et couper court, si j'ose m'exprimer ainsi, à la propagation des tares dégénératives qui, paraît-il, menacent notre race. Comme des ciseaux de Damoclès, on veut suspendre ceux d'Abélard au-dessus des asiles, pour maintenir dans le chemin de la raison et de la continence les petites folles qui seraient tentées d'en sortir.

Ce remède nous vient d'Amérique, comme le procédé expéditif et sûr d'abrèger, par une dose suffisante de morphine, les souffrances des malades qui s'entêtent à ne pas mourir, et comme bien d'autres choses, depuis Christophe Colomb. Mais pour venir de si loin, ce remède en est-il meilleur ?

Adoptons une classification des maladies mentales offrant, dans l'espèce, le double avantage d'être simple et d'être officielle, puisque reconnue et admise par trois ministères (Guerre, Travail, Intérieur) ; les futurs, inévitables, fonctionnaires préposés aux résections sexuelles, ne manqueront pas de l'adopter. Nous diviserons donc les aliénés en idiots, alcooliques, paralytiques généraux et fous proprement dits.

Voyons maintenant quel appoint peuvent apporter à la natalité ces quatre catégories de malades.

Au sujet des idiots, il me sera aisé d'être bref. De temps à autre, assurément, une malheureuse idiote, ou plus exactement imbécile, se trouve mise à mal par quelque rustre, jouissant d'ailleurs de la plénitude de ses facultés intellectuelles et viriles. Pour éviter le retour de pareils forfaits, il est plus juste, sinon plus sûr, de castrer le coupable que d'ovariotomiser préalablement la victime. Quant à la généralité des idiots et imbéciles, il ne souillent que leur chemise, sans risques pour la société.

Si nous passons aux alcooliques, je vais faire une première concession. Qu'on les coupe, qu'on les taille, qu'on les rogne ! Mais bien vite, qu'on le fasse avant qu'ils soient devenus fous ! Chacun sait qu'il faut un nombre respectable d'années et de petits verres pour faire d'un travailleur conscient un sujet mûr pour le service du collègue Legrain. Or, c'est précisément pendant cette phase prémonitoire que mes gaillards pullulent comme des lapins. En conséquence, je propose qu'à chaque bistro soit, par mesure prophylactique et sociale, annexé un coupeur d'alcooliques.

Les paralytiques généraux, eux aussi, je les condamnerais volontiers aux ciseaux purificateurs ; la plupart font des enfants. Mais quand la paralysie générale est reconnue, il est trop tard pour bien faire ; de la vigueur passée il ne reste plus que des témoins muets ; la famille est fondée, les petits sont là, pauvres

graines d'idiots, de fous, de criminels, dit-on. Aussi, soyons encore prudents, et que tout individu porteur d'un chancre syphilitique soit impitoyablement sacrifié aux intérêts de la race et rendu inapte à figurer au haras.

Il reste enfin la dernière catégorie, celle des fous proprement dits. Après les concessions que je viens de faire, on voudra bien les épargner, en considérant : 1° que beaucoup (je n'ose dire la plupart, n'ayant pas sous la main de statistiques) sont internés avant d'avoir fait souche ; 2° qu'un grand nombre sont parvenus à l'époque de la vie où l'on n'a plus, soi-même, d'enfants ; 3° que les deux groupes ci-dessus éliminés, il reste seulement quelques individus atteints de psychoses périodiques ou de folies constitutionnelles, fortement handicapés de ce fait dans la course intersexuelle.

Je vois d'ici mes contradicteurs aiguïser une riposte : « Ce n'est pas aux fous des asiles que nous voulons malemort ; c'est à la foule des psychasthéniques, des déséquilibrés, des demi-fous, qui vivent et se propagent en liberté. »

Eh oui ! voilà les individus dangereux ; mais comment les distinguer et sur quel verdict les frapper ?

Ne savez-vous pas, imprudents, que les aliénistes voient des fous partout ! Je n'ose, quant à moi, me représenter les hécatombes futures dans la masse de mes concitoyens et, ma foi aussi, j'ai peur de la pénible nécessité où seront réduits tant de nous par souci d'équité et scrupule de diagnostic.

Hélas, pauvres fous, vous n'avez pas de chance, le moyen âge vous brûlait, l'Amérique maintenant veut vous châtrer !

A votre tour, au nom de la pureté de la race et de l'économie budgétaire, demandez qu'on émascule les tuberculeux, les syphilitiques, les intoxiqués chroniques, les porteurs de germes, les diathésiques ; ne sont-ils pas, eux aussi, tout autant que vous, des semeurs de tares, de maladies et de mort ?

Mais je regarde autour de moi et, anxieux, je me demande si, dans quelques générations, il restera sur terre une famille pour pleurer l'humanité stérilisée.

Pardonnez, monsieur le Rédacteur en chef, une réponse qui, malgré sa forme, n'en est pas moins sincère.

D<sup>r</sup> ROGER MIGNOT,

Médecin en chef de la Maison Nationale de Charenton.

#### LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

1. *Tentative d'homicide*. — On lit dans le *Journal* (numéro du mercredi 5 octobre 1910) :

Le jardinier Jean Parseman, âgé de quarante ans, au service

d'un rentier domicilié avenue de l'Echo, à Saint-Maur-des-Fossés, présentait, depuis quelque temps, des signes évidents d'aliénation mentale. Atteint de la folie de la persécution, le jardinier proférait, dans ses crises, des phrases incohérentes dans lesquelles revenaient toujours ces mots : « Trahison!... Balle Lebel!... Aéroplanes!... »

Toutefois, le dément demeurait calme, et on espérait que la guérison ne tarderait pas à arriver; mais, hier matin, Jean Parseman fut pris d'une crise terrible.

En apercevant la cuisinière, M<sup>lle</sup> Juliette Gourbier, âgée de trente ans, qui passait dans le jardin, le fou, devenu furieux, sortit un couteau et, se précipitant sur l'infortunée, il la frappa au cou, au visage et au bras droit.

M<sup>lle</sup> Gourbier parvint à se dégager de l'étreinte du dément et à se réfugier dans l'habitation.

Des agents, requis en toute hâte, durent entamer une lutte terrible pour maîtriser le fou, qui écumait de rage. Ligoté, Jean Parseman fut conduit au commissariat de Joinville, d'où M. Monsarrat, commissaire de police, l'envoya à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

2. *Tentative d'homicide.* — Dans un accès de folie furieuse, M. Levo, restaurateur au Perray-Vaucluse, tente d'étrangler sa femme, qui réussit à se sauver. (*Le Journal*, numéro du samedi 8 octobre 1910.)

3. *Tentative d'homicide et suicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du lundi 10 octobre 1910) :

Depuis trois mois qu'ils habitaient un petit logement, 182, avenue d'Italie, les époux Lecour ne paraissaient pas vivre en parfaite intelligence. Le mari, employé dans une usine de la rue Etienne-Marcel, buvait parfois plus qu'il n'est raisonnable. Il était en outre atteint de neurasthénie aiguë. Sa femme, née Pauline Bontemps, quarante ans, est en revanche une excellente ménagère. L'année dernière, elle avait été contrainte, sous les menaces de son mari, de fuir le domicile conjugal pour se réfugier chez sa sœur qui, à ce moment, habitait Vincennes. Son mari, revolver au poing, était venu la reprendre.

À partir de cette époque, la vie commune était devenue un enfer. Lecour qui, bien à tort, se croyait trompé, faisait à sa femme des scènes continuelles. La malheureuse patientait, car elle aimait son mari.

Avant-hier soir, ce dernier rentrait chez lui, plus sombre encore que de coutume. Après avoir absorbé un potage, il se mettait au lit, en prenant soin de cacher sous l'oreiller son revolver. Quelques instants après, celle qui devait devenir sa victime venait le rejoindre. Puis le couple s'endormit.

Au matin, vers quatre heures, le mari se réveillait, et s'armant de son revolver, l'œil hagard, il le braqua dans la direction de sa femme, elle aussi éveillée.

La malheureuse, affolée, des sanglots dans la voix, supplia son mari de ne pas tirer.

— Pourquoi ne m'as-tu pas tuée lorsque je dormais? lui dit-elle. Tu ne m'aurais pas fait souffrir!

Lecour parut s'apaiser.

Mais, à 7 h. 1/2, une nouvelle crise le prit. Usant alors de ruse, il supplia sa femme de l'embrasser. Pendant que celle-ci, confiante, se rendait à sa prière, le mari, la tenant serrée contre lui, lui appuya le canon de son revolver sous l'œil droit et pressa la gachette. Retournant alors son arme contre lui-même, il se tua d'une balle à la tempe droite.

Sa femme, par bonheur, n'avait été que légèrement atteinte. Le projectile, une balle blindée, après avoir pénétré sous l'œil, avait dévié et était ressorti derrière l'oreille.

M. Yendt, commissaire de police, par intérim, du quartier de la Gare, aussitôt prévenu, ne put que constater la mort du mari jaloux.

4. *Suicide*. — On télégraphie de Bures au *Matin* (numéro du mardi 11 octobre 1910) :

Pendant que le garde-champêtre allumait les becs de gaz de la commune, sa femme, Désirée Foussard, âgée de quarante-six ans, neurasthénique, s'est coupée la gorge avec un rasoir. Elle est morte à l'hôpital d'Orsay.

5. *Suicide*. — En proie depuis longtemps à une profonde neurasthénie, un employé, M. Gustave Petit, âgé de trente ans, demeurant 34, rue des Fossés-Saint-Bernard, s'est logé, hier, une balle de revolver dans la région du cœur. La mort a été foudroyante. (*Le Journal*, numéro du mercredi 12 octobre 1910.)

6. *Homicide, suicide et incendie*. — On télégraphie de Béthune à la *Liberté* (numéro du jeudi 13 octobre 1910) :

Dans la nuit de lundi à mardi, à Locon, M<sup>me</sup> Wallart, née Marie Delabre, vingt-huit ans, qui, depuis plusieurs jours donnait des signes manifestes d'aliénation mentale et avait tenté de s'empoisonner en avalant de la teinture d'iode, a tué, d'un coup de hache au côté droit du cou, son mari, Auguste Wallart, trente-huit ans, ouvrier mineur.

Elle a ensuite versé du pétrole sur le lit et dans la chambre et a mis la feu aux literies. Le cadavre du mari a été à moitié carbonisé.

On a pu sauver à temps les cinq enfants et éteindre l'incendie rapidement.

La femme, qui s'est fait plusieurs blessures avec un couteau, a été recueillie chez une voisine, où elle est gardée à vue.

7. *Suicide*. — M<sup>me</sup> Clémence Roumy, âgée de trente-six ans femme d'un jardinier de Sacy-le-Grand, qui était depuis longtemps en proie à des idées noires, songea au suicide. Tandis que son mari était à la chasse, elle alluma dans sa chambre un réchaud à charbon de bois et se coucha sur son lit, en attendant la mort. Quand le jardinier fut de retour, l'asphyxie avait accompli son œuvre. (*Le Journal*, numéro du samedi 29 octobre 1910.)

8. *Suicide*. — Au cours d'une crise de *delirium tremens*, un boucher de Choisy-le-Roi, M. Paul Barrillet, âgé de vingt-six ans, a tenté de se tuer hier matin à son domicile, 31, rue Sébastopol, en se tirant deux balles de revolver dans la tête. Le désespéré, dont l'état est des plus graves, a été admis à la Pitié. (*Le Journal*, numéro du vendredi 21 octobre 1910.)

9. *Suicide*. — Dans un accès de folie, M<sup>me</sup> Ernestine Pauquet, âgée de trente-neuf ans, demeurant au hameau de Saint-Paterne, commune de Canny-sur-Thérain, s'est jetée, la nuit dernière, dans un puits voisin de son habitation. (*Le Journal*, numéro du vendredi 21 octobre 1910.)

10. *Suicide*. — On télégraphie d'Épinay-sur-Seine à *Paris-Journal* (numéro du vendredi 4 novembre 1910) :

On a trouvé, hier matin, dans le bureau du chef d'atelier de la maison Montefiore, fondeurs, rue de la Briche prolongée, le cadavre d'un veilleur de nuit, M. Pascal Hallade, âgé de soixante-trois ans, demeurant rue des Poissonniers.

Le malheureux s'était tué, avant-hier soir, à cinq heures, d'une balle de fusil au cœur. Il était neurasthénique.

Le cadavre a été envoyé à la Morgue.

11. *Agression violente*. — On télégraphie de Rome au *Journal* (numéro du lundi 7 novembre 1910) :

Une panique s'est produite pendant une représentation au théâtre Verdi, à Gênes.

Un spectateur placé à l'un des premiers rangs des fauteuils d'orchestre fut frappé soudainement d'aliénation mentale et tira six coups de revolver dans la direction de la salle et de la scène, heureusement sans atteindre personne.

Le public s'enfuit de toutes parts. Après quelques minutes de lutte, les carabinieri parvinrent à maîtriser le fou et la représentation reprit son cours.

12. *Homicide et suicide*. — On télégraphie de Rome au *Journal* (numéro du mercredi 9 novembre 1910) :

Un carabinier nommé Tamburini, âgé de vingt ans, a, dans un accès de folie et sans aucune provocation, déchargé à plusieurs reprises, dans la chambrée, sa carabine sur ses camarades. Le carabinier Lelli a été tué et un autre carabinier nommé Cutrone a été blessé mortellement.



L'assassin s'est ensuite précipité par la fenêtre. Il s'est brisé le crâne.

13. *Agression violente.* — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 28 novembre 1910) :

Les commis ambulants travaillaient hier matin dans le wagon-poste arrivé à la gare du Nord avec le train de Creil, lorsque pris d'accès de folie subite, l'un d'eux, Maximin Guillet, âgé de quarante-cinq ans, se jeta, un couteau à la main, sur son voisin de table, Paul de Rammelaère, et le frappa à la tempe gauche. Après quoi, brandissant son arme, il en menaça quiconque tentait de l'approcher.

C'est avec la plus grande peine que des employés de la gare, accourus aux appels des postiers, réussirent à maîtriser le forcené, et après l'avoir ligotté, le transportèrent à l'infirmerie spéciale du Dépôt. Le malheureux dément criait en s'adressant à des agresseurs imaginaires : « Mais chassez-les, chassez-les donc. Ils me poursuivent depuis Creil et me prennent pour un agent. Ils vont me tuer. » Puis il tomba dans un état de prostration absolue.

Le blessé, dont les jours ne sont pas en danger, a été reconduit à son domicile.

#### TRIBUNAUX

*Action en désaveu de paternité.* — On lit dans le *Temps* (numéro du jeudi 24 novembre 1910) :

La 1<sup>re</sup> Chambre du Tribunal civil de la Seine, présidée par M. Salvador, vient d'avoir à se prononcer sur la question suivante : lorsque la femme d'un interné dans un asile d'aliénés devient enceinte, l'enfant qu'elle met au monde doit-il être tenu pour légitime ?

Dans l'espèce, l'époux avait été enfermé en octobre 1905 dans l'asile de Vacluse, où il était décédé le 12 janvier 1908, et l'enfant était né le 28 du même mois. L'action en désaveu avait été introduite par le frère et la sœur du prétendu père, ses héritiers à défaut de postérité légitime, et ceux-ci fondaient leur prétention sur ce fait que le malade avait été atteint, dès décembre 1906, d'une paralysie générale.

Le Tribunal vient de statuer, après enquête. Après plaidoiries de M<sup>es</sup> Gustave Fortier et Gentilly, il a admis le désaveu et jugé que l'enfant n'avait pas pour père le défunt.

« Attendu, dit notamment le jugement, que sa femme l'a vu un certain nombre de fois, mais qu'elle n'a jamais été reçue par son mari dans une chambre particulière, mais seulement dans le dortoir commun ou la salle commune à plusieurs malades ; qu'il résulte de l'ensemble des dépositions que tout rapproche-

ment entre les époux a été impossible pendant le séjour qu'a fait le malade à l'asile de Vaucluse... »

*L'alcoolisme et le jury de la Seine.* — Le jury de la Seine, réuni pour la session des assises de la première quinzaine de novembre 1910, a émis avant de se séparer le vœu suivant :

« Le jury de la Seine, légitimement ému de la recrudescence de la criminalité;

« Considérant que la plupart des crimes commis sont le résultat direct de l'alcoolisme;

« Que l'alcoolisme constitue aujourd'hui un fléau national et un danger social qu'il faut enrayer de la façon la plus énergique, émet le vœu :

« 1° Que tout individu trouvé en état d'ivresse sur la voie publique soit immédiatement arrêté et traduit devant les tribunaux, conformément aux dispositions de la loi sur l'ivresse;

« 2° Que pendant une période de dix années, interdiction absolue soit faite de créer un débit de vin. »

Ce vœu vient d'être adressé directement au garde des Sceaux.

*Divorce et aliénation mentale.* — On lit dans *Le Petit Temps* (numéro du samedi 26 novembre 1910) :

« Devant la 4<sup>e</sup> Chambre du Tribunal civil, présidée par M. Katz, a été plaidé, cet après-midi, le procès en divorce que M<sup>me</sup> Parat a intenté contre son mari, l'ancien pharmacien de la rue de Vaugirard.

« M<sup>me</sup> Parat base son action sur les excès, sévices, injures graves qu'elle eut à subir et qui motivèrent, on ne l'a pas oublié, l'arrestation de son mari. On sait que M. Parat fut soumis à l'examen des docteurs Séglas, Ballet et Vallon, déclaré irresponsable et enfermé par mesure administrative. On sait encore que M. Parat est sorti, guéri, de l'asile dans lequel il avait été placé.

« M. Parat, qui s'oppose au divorce, a fait plaider par M<sup>e</sup> Jeanningros, en s'appuyant sur le rapport des D<sup>rs</sup> Séglas, Ballet et Vallon, que les faits invoqués par sa femme à l'appui de sa demande ne pouvaient être retenus, puisqu'ils ont été commis par lui dans un état d'irresponsabilité complète.

« M<sup>e</sup> Persin a répliqué, au nom de M<sup>me</sup> Parat, que les médecins-experts n'ont eu à se préoccuper que de la responsabilité pénale, mais que la juridiction civile peut admettre, comme dans la circonstance, la responsabilité d'actes mêmes commis sans la volonté de nuire.

« Le tribunal a renvoyé son jugement à huitaine. »

Ce jugement a été rendu le vendredi 3 décembre 1910. La 4<sup>e</sup> Chambre du Tribunal civil a prononcé aux torts et griefs du mari, le divorce entre M<sup>me</sup> et M. Parat, l'ancien pharmacien de la rue de Vaugirard.

A M<sup>me</sup> Parat est confiée la garde des cinq enfants issus du mariage, M. Parat devant lui servir une pension mensuelle de 400 francs. Le père a le droit de voir ses enfants, en présence d'un parent ou d'un ami, les premier et troisième jeudis de chaque mois.

Le tribunal a dit dans son jugement que la vie de M<sup>me</sup> Parat avec son mari n'avait été qu'un long martyre.

## FAITS DIVERS

*Incendie de l'asile d'aliénés de Grandon (Canada).* — On lit dans le *Journal* (numéro du dimanche 6 novembre 1910) :

Des scènes pénibles se sont déroulées ce soir à l'asile gouvernemental d'aliénés de Grandon, dans le Manitoba.

L'asile fut entièrement détruit par le feu et la plupart des six cents malades qui s'y trouvaient, se rendant compte du danger qu'ils couraient, firent des efforts désespérés pour échapper au désastre. Ils foulèrent aux pieds les plus faibles, et les gardiens furent absolument impuissants à faire face à la situation. Pendant longtemps le désordre le plus complet régna dans la fournaise. Plusieurs des malades sautèrent par les fenêtres des étages les plus élevés, pour venir s'écraser sur le pavé ou tout au moins se blesser très grièvement.

Les malades qui ont pu s'échapper errent à travers la ville et le pays avoisinant, sous un terrible orage de neige. Bien qu'un grand nombre de soldats et d'agents de police soient lancés à leur poursuite, beaucoup d'entre eux sont encore introuvables. Il est extrêmement dangereux d'approcher les malheureux, car ils sont dans un état de folie furieuse.

Bon nombre de malades cependant étaient restés dans le bâtiment en feu, riant aux éclats ou poussant des cris inhumains, jusqu'à ce que tout espoir d'échapper aux flammes fût évanoui pour eux. Des efforts héroïques furent tentés en vain par les pompiers et les gardiens pour porter secours à ces malheureux.

Bien qu'il soit encore impossible d'évaluer le nombre des morts, on peut dire qu'il sera considérable.

*Mort tragique d'un épileptique.* — On lit dans le *Journal* (numéro du dimanche 9 octobre 1910) :

Atteint de crises d'épilepsie, de plus en plus fréquentes à mesure qu'il avançait en âge, M. François Leroux, ouvrier carrier, domicilié à Trappes (Seine-et-Oise), continuait à travailler pour nourrir ses quatre enfants.

Hier matin, il était occupé, seul, au chargement des wagonnets à l'exploitation de la Mare-Plate, lorsqu'il fut pris d'un accès de son terrible mal.

Avant que ses compagnons aient pu lui porter secours, Leroux, se roulant à terre, s'approcha de l'ouverture d'un puits et tomba d'une hauteur de trois mètres. Lorsque les autres carriers purent le retirer de l'excavation, le malheureux, qui, dans sa chute, s'était fait à la tempe gauche une profonde blessure, avait cessé de vivre.

Le corps du carrier a été, après examen du D<sup>r</sup> Guérin, ramené à son domicile, rue de Chevreuse.

*Suicide du régicide Luccheni.* — On télégraphie de Genève au *Matin* (numéro du jeudi 20 octobre 1910) :

Après douze ans de captivité, Luccheni, qui, le 10 septembre 1898, assassina traîtreusement l'impératrice Elisabeth d'Autriche d'un coup de stylet au cœur, alors que celle-ci, sortant de l'hôtel Beau-Rivage, allait s'embarquer à bord du bateau *Genève*, a mis fin à ses jours ce soir, en se pendant dans sa cellule.

A la suite des faits dont Luccheni s'était rendu coupable et dont a parlé *Le Matin*, le directeur de la prison avait décidé qu'il serait mis au cachot.

Ce soir, à 7 heures, deux gardiens avaient été chargés d'aller chercher le régicide pour lui faire réintégrer sa cellule. C'est alors qu'ils constatèrent que Luccheni s'était pendu au moyen d'une courroie qui lui servait de ceinture. Cette courroie était accrochée aux gonds de la fenêtre, qu'il était parvenu à desceller en partie.

Les gardiens avisèrent le directeur de la prison, lequel prévint immédiatement le directeur de la police centrale, le procureur général. M. le D<sup>r</sup> Blanchard, médecin des prisons, a procédé à la constatation du décès, puis le corps a été transporté à la morgue judiciaire, après que M. le D<sup>r</sup> Mégevand, médecin légiste, eut fait les constatations médico-légales.

Luccheni était un prisonnier peu commode, dangereux même. A plusieurs reprises, il se révolta, injuria ses gardiens et tenta un jour de frapper le directeur de la prison de l'Evêché, qui était alors M. Perrin, avec un poinçon qu'il avait fabriqué à l'aide d'une clef de boîte à sardines.

---

*Le rédacteur en chef-gérant : ANT. RITTI.*



## L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

## Pathologie.

## L'ASTHÉNIE POST-DOULOUREUSE

ET LES

DYSTHÉNIES PÉRIODIQUES (PSYCHOSE PÉRIODIQUE)

Par J. TASTEVIN

Chacun sait que les excitations douloureuses des nerfs déterminent des réactions dans de nombreux appareils de l'organisme ; que, notamment, elles donnent lieu à de l'agitation, à des troubles respiratoires, cardiaques, etc. Parmi ces réactions, il en est une qui a été peu remarquée, et qui cependant présente un haut intérêt clinique, c'est l'asthénie. Toute excitation qui produit de la douleur, que ce soit directement, comme dans les traumatismes, ou d'une manière médiate, comme dans les émotions douloureuses, donne lieu à

un état de lassitude, à un besoin de repos, dont l'intensité et la durée varient comme l'intensité et la durée des phénomènes douloureux. Le syndrome où apparaît, comme fait dominant, cet état de l'activité musculaire est désigné sous le nom d'*asthénie*, dénomination fort ancienne qui a joué un rôle important dans certaines doctrines médicales d'autrefois, a été délaissée ensuite, puis reprise dans ces dernières années pour désigner plus particulièrement la lassitude qui survient dans la neurasthénie et dans le cours ou la convalescence de certaines maladies infectieuses, notamment de la grippe.

Le syndrome asthénie complice un grand nombre d'états pathologiques ; ses éléments se mélangent alors avec les autres symptômes de la maladie ; il est clair que pour l'étudier il faut surtout faire appel aux états les plus simples et surtout à ceux où il s'isole. Parmi ces derniers se trouvent précisément les deux modes de production de l'asthénie que nous allons examiner dans cette étude : l'asthénie déterminée par les excitations douloureuses et l'asthénie survenant sous forme d'accès et spontanément, c'est-à-dire se produisant sans relation avec une manifestation observable capable de l'engendrer.

L'asthénie due à la douleur ou *asthénie post-douloureuse* est un phénomène normal ; l'accès d'asthénie spontané est au contraire une manifestation pathologique ; quand il s'est montré une fois dans la vie d'un individu, il est bien rare qu'il ne réapparaisse pas ; le plus souvent les retours de l'accès sont fréquents. Parfois, au lieu d'un retour de l'accès d'asthénie, c'est un accès de caractère opposé, un accès d'*hypersthénie* qui se montre : au lieu d'être abattu, le malade est agité, loquace ; cet état morbide est désigné actuellement sous le nom de *manie*. Les accès d'asthénie et de manie peuvent alterner plus ou moins irrégulièrement ; dans

d'autres cas, un accès de manie et un accès d'asthénie apparaissent juxtaposés, et cet accès double se répète comme les accès simples. Ces états morbides constitués par des combinaisons diverses d'accès d'asthénie et de manie, séparés ou non par des intervalles de vie normale, forment un groupe habituellement désigné sous le nom de folie ou de psychose périodique.

Jusqu'ici les accès d'asthénie de ce groupe d'affections ont été confondus avec les accès mélancoliques; c'est surtout à les en séparer et à montrer les différences profondes qui distinguent ces deux ordres de phénomènes que nous consacrerons cette étude. Dans une première partie nous examinerons l'asthénie post-douloureuse, et nous montrerons qu'elle est une conséquence des douleurs émotionnelles comme des douleurs physiques; nous verrons alors des états morbides où l'asthénie post-douloureuse conduit graduellement à la manie, et nous étudierons ces faits très importants sous le nom d'*asthénomanie secondaire*. Enfin, dans une deuxième partie, utilisant les notions précédemment acquises, nous ferons sous le nom de *dysthénies périodiques* l'étude des maladies constituées par des accès spontanés d'asthénie et de manie.

## I. — ASTHÉNIE POST-DOULOUREUSE.

L'asthénie due aux douleurs physiques ou émotionnelles (1) a été signalée très nettement pour la première fois par Brachet dans un mémoire sur l'asthénie publié

---

(1) On sait que les expériences de Longet et de Vulpian sur des animaux décérébrés ont établi que l'écorce cérébrale n'intervenait pas dans la production de l'agitation et des cris que déterminent les excitations douloureuses. On ne peut donc dire que ces réactions sont causées par les sensations douloureuses, ces dernières étant des faits incontestablement corticaux. Il est très pro-

en 1829 (1). Après cet auteur, on s'est peu occupé de ces phénomènes et, dans des études récentes sur l'asthénie, il n'est même pas mentionné. Dans son mémoire, Brachet étudie l'asthénie avec des états morbides complexes; certains de ces états sont interprétés d'une manière actuellement inacceptable, et le seul élément asthénique qui s'y dégage est la diminution de l'énergie musculaire; mais, à propos d'un cas de traumatisme du testicule, soigneusement observé, il a exprimé avec beaucoup de netteté les rapports des douleurs physiques ou émotionnelles avec la lassitude, la diminution des forces qui les accompagnent.

Un infirmier, en maintenant un malade atteint de crise d'hystérie, reçut un violent coup sur les bourses; une douleur atroce en fut la conséquence et paralysa instantanément presque toutes les forces de l'infirmier; sans perdre entièrement connaissance, il pâlit et se laissa tomber. La douleur testiculaire et la prostration persistèrent pendant deux jours; le pouls était lent et petit. Le recouvrement des forces se fit progressivement. Et Brachet fait suivre cette observation des considérations suivantes :

« Cette prostration dépend de la douleur..., la

bable qu'en ce qui concerne la production de l'asthénie post-douloreuse, la douleur, sensation cérébrale, n'intervient pas non plus. Malgré cela, pour la commodité du langage, nous nous exprimerons comme si la douleur déterminait l'asthénie. D'ailleurs, si l'on admettait la production de phénomènes psychiques en d'autres centres que l'écorce, — et il n'est pas de faits qui empêchent qu'on l'admette, — il ne serait pas inadmissible d'attribuer à la douleur, — je ne dis pas aux sensations douloureuses, — les réactions des excitations douloureuses.

(1) J.-L. Brachet, membre de l'Académie royale de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon. *Mémoire sur l'asthénie*, Paris, 1829. Ouvrage couronné par la Société royale de médecine de Bordeaux, à la suite d'un concours sur la question suivante : « Existe-t-il un état asthénique primitif? S'il existe, en indiquer les caractères et l'étudier dans les divers organes ».



réaction qui a suivi la douleur a été en rapport avec l'intensité de celle-ci, cette réaction s'est manifestée d'une part, par le brisement des forces locomotrices ; d'autre part, par la lenteur et la faiblesse des contractions du cœur... Qui n'a pas éprouvé soi-même un sentiment de défaillance et de brisement subit des forces musculaires en se heurtant vivement le devant des jambes contre un corps dur ? Ne sait-on pas que l'ouverture d'un dépôt et surtout d'un panaris cause fréquemment une syncope réelle, ou tout au moins un sentiment de défaillance bien voisin de la syncope... La défaillance ou tout au moins la prostration, l'asthénie, se produisent également chez une personne qui apprend une nouvelle fâcheuse, ou qui est saisie d'une vive frayeur, ou qui a supporté longtemps des chagrins cuisants. Ainsi, la douleur du testicule, qui a causé à l'infirmier une asthénie de trente-six heures au moins, nous a servi de type pour y grouper tous les effets asthéniques des autres douleurs physiques, et elle nous a conduit à lui assimiler les douleurs morales, les affections morales tristes et pénibles. »

Il serait facile de multiplier les exemples d'asthénie déterminée par des douleurs physiques ; mais chacun a pu constater ces faits. D'ailleurs, la lassitude, la prostration sont signalées dans les traités à l'occasion des maladies où se produisent de violentes douleurs. L'asthénie s'accroît avec la prolongation de la douleur ; avec une douleur d'intensité uniforme, elle a donc son maximum lorsque cesse celle-ci ; puis, graduellement, elle disparaît et le sujet revient à son état normal. Un trouble intellectuel qui n'est pas signalé dans l'observation de Brachet, mais qui accompagne toujours la lassitude et évolue comme elle, est *l'anidération* ; il consiste en un ralentissement dans la succession des phénomènes intellectuels et en une moindre facilité de leur évoca-

tion. C'est surtout dans la deuxième partie de cette étude, en étudiant les accès spontanés d'asthénie, que nous pourrons attentivement analyser ce trouble ; là, la longue durée des manifestations asthéniques nous permettra de le mettre mieux en évidence. Bornons-nous pour l'instant à noter que la lassitude ou *myasthénie* et l'*anidéation* sont les deux éléments fondamentaux du syndrome asthénie. Les douleurs physiques, quelles qu'elles soient, déterminent toujours ces modifications fonctionnelles ; qu'il s'agisse de névralgies, de douleurs traumatiques ou de spasmes douloureux dans les viscères (crampes, coliques, épreintes, etc.), toujours un état d'asthénie leur succède et l'intensité de ce trouble est fonction de l'intensité et de la durée de la douleur.

Il nous faut montrer, maintenant, que les éléments affectifs des émotions douloureuses sont assimilables aux douleurs physiques et que, comme ces dernières, ils déterminent de l'asthénie. Bien entendu, nous ne pouvons faire ici l'étude de ces émotions et préciser la nature, le siège et les caractères des éléments douloureux qui en sont la base affective ; dans un travail qui paraîtra prochainement, j'étudierai longuement ces phénomènes dans la vie normale et dans les états pathologiques. Présentement, nous nous bornerons à exposer les faits dont la connaissance est indispensable pour l'étude que nous poursuivons.

Il existe trois émotions douloureuses fondamentales : le chagrin, l'anxiété et l'énervement ; toutes trois ont la même base affective : une sensation épigastrique douloureuse donnant l'impression d'un serrement ou d'une constriction. La sensation épigastrique, observée dans les émotions douloureuses depuis les temps les plus reculés, se remarque facilement dès que ces émotions acquièrent une certaine intensité ou une grande brusquerie, comme dans la peur qui n'est qu'une variété de

l'anxiété ; aussi les personnes très émotives ont toutes observé qu'elles éprouvent le chagrin, l'anxiété « au creux de l'estomac ». La lassitude qui se produit dans ces émotions, au cours de la vie normale, peut être de même constatée facilement. Mais il existe un groupe de psycho-névroses où tous ces faits sont mis en évidence de la manière la plus manifeste. Elles sont constituées par des accès émotionnels de durée variable et survenant à intervalles plus ou moins irréguliers. Dans chaque accès, l'émotion, souvent très intense, se produit brusquement et sans cause psychique, c'est-à-dire sans être précédée de phénomène intellectuel en relation avec elle ; après avoir duré un temps variable, elle cesse brusquement, mais fait place, lorsqu'elle est douloureuse, à un état de faiblesse, d'asthénie, qui disparaît ensuite progressivement. Si l'on considère que toutes les émotions sont représentées dans ce groupe de psycho-névroses et que l'analyse la plus attentive ne permet de déceler aucun élément intellectuel déterminant l'accès, on comprendra aisément quel intérêt énorme ce groupe d'états morbides présente pour la psychologie normale et pathologique des émotions. Nous allons en donner deux exemples : un cas de chagrin périodique et un cas d'anxiété périodique ; nous n'avons pas à faire ici l'étude de ces psycho-névroses, il importe seulement que nous mettions en évidence un élément affectif dans les accès émotionnels, et que nous y caractérisions la marche de l'asthénie :

1° *Chagrin périodique.* — Une femme, âgée de cinquante-cinq ans et atteinte de polynévrite des membres inférieurs depuis plusieurs années, présente depuis cinq ans des crises de chagrin à peu près quotidiennes. Elles surviennent tantôt dans le courant de la matinée, tantôt au réveil, d'autres fois l'après-midi. Voici comment la malade décrit sa crise :

Ça me prend tout d'un coup, là à l'estomac par un serrement

(la malade montre son creux épigastrique) ; ça me fait une peine, mais une peine profonde, comme un grand chagrin ; il me semble que je perdrais tous les miens que je n'aurais pas plus de peine. C'est un ennui, par le fait, ce serrement ; aussitôt que le serrement se produit, c'est un chagrin, une peine immense qu'il n'y a pas de raison par le fait, c'est un chagrin que je ne puis pas définir pourquoi. C'est tout d'un coup que ça me vient et sans penser à rien ; puisque quand ça me vient au réveil je n'ai pas eu le temps de penser que je sens cette chose, là, à l'estomac. Ça dure une demi-heure à une heure, jusqu'à ce que j'aie pleuré, quelquefois je me retiendrai de pleurer, alors, n'est-ce pas, je souffre plus longtemps, ça me serre ; je pleure beaucoup, mais beaucoup, je sanglote, alors je sens que ça se détend, ça se calme, je ne me sens plus ce serrement. Pendant ma crise, je suis abattue, anéantie ; mais je suis très abattue après quand j'ai pleuré. L'abattement s'en va peu à peu.

Si l'on exprime à la malade des doutes sur la possibilité de sentir un chagrin au creux épigastrique, si je lui dis notamment que le chagrin se sent dans la tête, voici ce qu'elle répond : Non ; je ne sens rien à la tête, c'est là, toujours là, au creux de l'estomac.

En résumé, la malade a une crise à peu près quotidienne de chagrin intense, caractérisé par une sensation constrictive au creux épigastrique ; la crise dure d'une demi-heure à une heure, se termine par des sanglots, et laisse persister après elle de la lassitude qui disparaît graduellement.

La caractérisation de l'émotion qui constitue l'accès de la malade, résulte non seulement de l'impression qu'elle en a, mais encore des caractères que l'interrogatoire met en évidence et qui sont les mêmes que ceux que l'on découvre dans le chagrin de cause normale.

2° *Anxiété périodique.* — Il s'agit d'une femme âgée de trente ans et qui présente depuis deux ans des crises d'anxiété survenant à intervalles variables et d'une durée pouvant aller d'une demi-heure à un mois. Quelle que soit la durée de la crise, l'intensité de l'anxiété y est à peu près la même, en sorte que la malade, au début d'une crise, n'a aucun indice lui permettant d'en présager la durée.

Nous allons donner la description d'une crise ayant duré une quinzaine de jours. D'abord, c'est bien l'anxiété qui est la base de la crise, car non seulement la malade a nettement

l'impression que, malgré l'absence d'idées émotionnelles, elle est dans le même état que celui où elle se trouverait si elle craignait un malheur, — c'est une anxiété comme si l'on me disait : Votre mari va être tué; c'est une anxiété pareille à celle qui est avec motif, mais je n'ai pas de motif et ça me fait le même chose, — mais encore l'analyse que l'interrogatoire, — un interrogatoire, bien entendu, soigneusement étudié et très circonspect, — l'incite à faire de sa crise, répond en tous points aux descriptions habituelles de l'anxiété déterminée par des états intellectuels. Voici la description de la crise :

« Ça m'a pris tout d'un coup, très fort dès le premier jour, et ça a été fort la même chose, tout le temps que ma crise a duré. Ça me faisait comme un poids, comme quelque chose de lourd à la poitrine (indique la région rétro-sternale) qui m'empêchait de respirer et puis alors un serrement à l'estomac; je ne pouvais pas rester en place, il fallait que je marche, les nerfs me faisaient mal; la nuit je ne pouvais pas dormir, je me retournais dans mon lit, et lorsque je sommeillais un peu, j'avais des cauchemars. Pas de palpitations. L'anxiété m'a quitté tout d'un coup, comme ça m'a pris. Après, j'ai été abattue pendant deux ou trois jours. Quand l'anxiété s'en va, je me sens soulagée, mais je reste fatiguée comme quand on a marché, je me sens brisée, alors j'éprouve un bien-être d'être étendue sur le lit; mais je sens mon cerveau vide, le moindre effort pour penser me fait mal; je reste couchée pendant quelque temps, puis je m'occupe, mais ça me dure quelques jours que j'ai du mal à me remettre; puis, ça se passe petit à petit et je redeviens normale. »

La durée de la lassitude de la malade est en rapport avec la durée des crises; avec des crises de quelques heures, l'asthénie qui leur fait suite est de courte durée. Après une crise ayant duré un mois et demi, la malade est restée asthénique pendant une dizaine de jours: « J'ai eu beaucoup de mal à me remettre, je suis restée abattue au moins dix jours; l'abattement diminuait de jour en jour, mes idées revenaient de jour en jour. »

En résumé, la malade a des crises d'anxiété de durée variable et d'intensité à peu près constante; mais l'asthénie consécutive a une durée en rapport avec celle de l'anxiété. L'anxiété est caractérisée par les éléments qu'on observe dans l'anxiété normale, sauf, bien entendu, les éléments intellectuels déterminants qui, ici, font défaut; ce sont : la sensation constrictive épigastrique, l'oppression respiratoire avec senti-

ment de poids sur la poitrine, la tendance impulsive au déplacement, à la marche, l'insomnie. Après la cessation de la crise apparaît l'asthénie caractérisée par la lassitude et l'anidéation. L'asthénie disparaît graduellement.

Avant de commenter ces observations, nous allons donner quelques exemples empruntés à un autre groupe de crises périodiques très voisin de celui des émotions périodiques. A côté des émotions douloureuses que nous avons signalées, se trouve, en effet, un groupe de phénomènes douloureux où l'analyse découvre de nombreux caractères qui les rapprochent de ces émotions, ce sont : la nausée, la faim et la soif. Or, au point de vue pathologique, ils donnent lieu à des états analogues à ceux que peuvent constituer les émotions douloureuses et notamment ils peuvent se présenter sous forme de crises périodiques de durée variable. La nausée périodique correspond aux vomissements périodiques depuis longtemps décrits ; la soif périodique répond à une partie de la dipsomanie des aliénistes. Dans toutes ces crises, on observe de l'asthénie, comme d'ailleurs dans la faim, la soif et la nausée normales. Voici quelques observations de faim périodique :

1<sup>o</sup> Femme, quarante-six ans. Depuis environ un an, elle a des crises fréquentes de faim survenant en dehors des repas et dont elle décrit les caractères de la manière suivante : « Tout d'un coup, il me prend comme une grande envie de manger, que parfois l'eau m'en vient à la bouche, et, si je ne mange pas aussitôt, ça me tiraille l'estomac et ça me donne une grande faiblesse que je suis obligée de m'asseoir ; oh ! mais j'ai vu que j'étais prête à m'évanouir de la façon que j'avais faim. De manger rien qu'un bonbon, un bout de chocolat, ça fait passer la crise ; c'est pour ça que j'ai toujours quelque chose dans ma poche quand je sors. »

2<sup>o</sup> Femme, trente-six ans. A depuis cinq ans des crises analogues aux précédentes : « Ça me vient par un tiraillement à

l'estomac, c'est une faim que me prend et ça m'abat, ça m'abat ! Il me semble quand j'ai cette faim que je vais manger beaucoup et dès que j'ai pris une ou deux bouchées c'est fini ; je n'aurais qu'une croquette de chocolat à sucer, ça suffit, ça se calme. Ça m'a pris la nuit, ça me réveillait et lorsque je souffrais trop, je me levais, je prenais un petit bout de pain et ça me calmait. Ces crises surviennent plusieurs fois par an. »

3° Femme, quarante-sept ans. A depuis deux ans environ des crises de faim. « Souvent, quelques heures après le repas, tout d'un coup, j'ai un tiraillement, une faiblesse de l'estomac et puis générale ! Je me sens aussitôt faible dans tous les membres. Tout d'un coup, je disais : oh ! que j'ai faim, et puis je n'en pouvais plus. Aussitôt que j'avais mangé, même qu'un peu de potage, j'étais rassasiée ; la moindre chose que je mangeais, ça se passait tout de suite. »

4° Voici un accès plus complexe. Homme, cinquante-cinq ans. A depuis douze ans environ cinq à six fois par an des crises nocturnes de faim accompagnée de coliques avec diarrhée : « Vers minuit, tout à coup, je me réveille, je ressens des douleurs très vives dans le bas-ventre, en même temps ça me tire à l'estomac et je me sens une faim canine, une faim dévorante, je mange n'importe quoi, je dévore comme un chien à qui on jette un os, c'est comme si la poche de l'estomac aspirait la nourriture, vous savez comme une bouche qui aspire ; quand je mange, je déplore de n'avoir pas de dents, ça ne va pas vite assez et je mangerai la valeur de deux ou trois biscuits, ça se calme. Instantanément, je me précipite au water-closet, je ne pourrais pas résister, pendant ce temps ma femme se précipite et me donne ce qu'elle peut. J'évacue environ un litre de matières liquides et brunes, ça me fait comme si j'avais pris une forte purgation. Dès que ça se produit, je suis anéanti, je suis dans un état de sudation extrême, je suis blanc comme ce papier (d'après sa femme), j'en suis arrivé presque à être en syncope. Le tout ne dure jamais plus d'un quart d'heure, après je reste faible, je flageole pour aller me recoucher, je me rendors et puis c'est fini. »

En résumé, dans ces quatre observations, nous constatons des sensations épigastriques pénibles (sensation de tiraillement) qui constituent ces faims pathologiques, comme d'ailleurs la faim de l'état normal. Dans tous

les cas, ces sensations déterminent une asthénie immédiate, persistant après leur cessation et disparaissant ensuite progressivement. Remarquons en passant que, dans toutes ces crises, la faim est apaisée par la déglutition d'une quantité de nourriture très minime et très disproportionnée à l'intensité de la faim. Remarquons encore ce fait, que la dernière observation met bien en évidence, du caractère impulsif des mouvements de mastication et de déglutition, véritable excitation des muscles qui interviennent dans l'acte de manger, excitation localisée qui contraste singulièrement avec la prostration générale.

Ainsi, dans les psycho-névroses dont nous venons de donner des exemples, chaque accès émotionnel est invariablement suivi d'un état d'asthénie dont l'intensité et la durée sont proportionnées à l'intensité et à la durée de l'accès émotionnel ; enfin, cette asthénie présente ce caractère important de disparaître d'une manière progressive, comme si l'organisme épuisé en force nerveuse par la douleur, recouvrait peu à peu son énergie psychique et motrice. Or, c'est là exactement l'évolution de l'asthénie due aux douleurs physiques ; comme, d'autre part, nous avons constaté dans les émotions douloureuses une sensation douloureuse localisée à la périphérie corporelle (sensation épigastrique) ; que, d'ailleurs, les douleurs émotionnelles de grande intensité s'accompagnent des réactions générales des douleurs physiques intenses : pâleur, sueur froide, ralentissement cardiaque, syncope, nous pouvons assimiler les douleurs émotionnelles aux douleurs physiques et rattacher l'asthénie qui les accompagne aux éléments douloureux qui en sont la base affective.

Dans les accès que nous avons décrits, tantôt l'asthénie apparaît dès le début de l'accès, et il en est ainsi quand l'émotion ne contient pas de réactions



motrices importantes, dans le chagrin ou la faim, par exemple; tantôt enfin, elle ne se montre nettement que lorsque l'émotion a cessé, tel est le cas des crises d'anxiété et d'énervement, où des réactions motrices, — besoin de déplacement dans l'anxiété, mouvements brusques dans l'énervement, — la masquent pendant que dure l'émotion; ce cas est analogue à celui des douleurs physiques un peu intenses où l'agitation masque l'asthénie pendant la production de la douleur. Dès l'abord, on pourrait penser que ces réactions motrices sont des manifestations extérieures d'un trouble inverse de l'asthénie, qu'elles sont des manifestations hypersthéniques; il n'en est rien cependant.

En effet, les réactions dont il s'agit ici sont des mouvements impulsifs d'allure déterminée pour chaque émotion (déplacements dans l'anxiété, mouvements brusques dans l'énervement, mouvements de vomissement dans la nausée, mouvements de mastication et de déglutition dans la faim); ils se produisent impérieusement, mais de tous les mouvements que pourrait accomplir le sujet, ils sont seuls à avoir ce caractère; par exemple, un anxieux est poussé invinciblement à marcher, mais ses bras ne s'agitent point et les mouvements qu'il exécute avec eux sont lents comme des mouvements d'asthénique, de même sa parole est lente et faible et enfin il éprouve dans les membres un sentiment de fatigue.

Un autre ordre de raisons conduit à des conclusions semblables et en même temps nous fournit l'interprétation qu'on doit donner de ces faits. Considérons une échelle croissante de douleurs physiques: à chaque degré de douleur correspond un degré d'agitation; celle-ci croît avec l'intensité de la douleur, mais, à partir d'un certain moment, décroît et finalement devient nulle. Avec les émotions pénibles, on constate les mêmes faits:

ainsi la peur — elle n'est autre chose qu'une anxiété brusque — détermine des mouvements de fuite qui d'abord croissent avec l'intensité de l'émotion, mais qui, à partir d'un certain degré de peur, diminuent et enfin ne se produisent plus : l'individu fléchit sur ses jambes, il est immédiatement prostré. Si maintenant nous considérons des douleurs physiques et des émotions douloureuses de longue durée, nous observons des faits analogues : une douleur physique continue et intense provoque pendant un certain temps de l'agitation, mais celle-ci ne tarde pas à décroître jusqu'à devenir nulle ; une anxiété continue et très intense donne lieu de même à des mouvements de marche décroissants. On peut, en ce qui concerne du moins les douleurs physiques, mettre ces faits en évidence sur l'animal, et Mantegazza les a utilisés dans ses études sur les réactions cardiaques et respiratoires de la douleur, pour éliminer l'agitation et les causes d'erreur qu'elle apporterait dans les expériences.

Ainsi, les douleurs physiques ou émotionnelles épuisent en force nerveuse le sujet qui les éprouve, et elles déterminent en même temps des réactions motrices particulières et impulsives qui utilisent pour se produire l'influx nerveux disponible ; comme celui-ci décroît, soit que la douleur s'accroisse en intensité, soit qu'elle augmente sa durée, il vient un moment où la réaction qui tend à se produire, commence à ne plus trouver tout l'influx nécessaire ; c'est alors qu'elle commence elle-même à décroître, pour finalement devenir nulle. Les réactions motrices qu'engendrent les douleurs physiques ou émotionnelles se produisent donc malgré l'asthénie concomitante ; le sujet les exécute impulsivement malgré ses forces amoindries, aussi est-il, lorsque la douleur a cessé, non seulement abattu, anéanti, mais encore fatigué, brisé, courbaturé, comme s'il avait

accompli une marche forcée. Ce sentiment pénible de fatigue qui s'ajoute à l'asthénie est, en effet, constant dans les cas de douleurs intenses accompagnées d'agitation (douleurs physiques intenses, crises d'anxiété, d'énervement), tandis qu'il ne se produit pas, lorsqu'aux phénomènes douloureux ne s'ajoutent pas de réactions notables dans les muscles de mouvement (douleurs faibles et prolongées, crises de chagrin, de faim). Il résulte donc de tous ces faits que les excitations déterminées par les douleurs physiques ou émotionnelles coexistent avec l'asthénie et que, par conséquent, elles sont bien distinctes de l'hypersthénie.

D'ailleurs, les psycho-névroses émotionnelles que nous avons examinées précédemment vont nous permettre d'étudier l'hypersthénie et de la caractériser d'une manière certaine comme syndrome opposé à l'asthénie; nous verrons alors combien profondément elle diffère des états d'excitation que nous venons d'examiner. Les accès émotionnels de ces névroses, nous l'avons dit, sont suivis d'un état d'asthénie qui disparaît graduellement. Or, chez certains sujets, et lorsque l'émotion a une durée ou une intensité particulièrement grande, il se produit, après le retour à l'état normal, un état d'agitation dont les caractères sont exactement ceux de l'état décrit par les aliénistes sous le nom d'*excitation maniaque* ou de *manie*. Nous allons donner quelques exemples de ces faits; nous montrerons ensuite que cette excitation répond à l'hypersthénie.

Le cas d'anxiété périodique dont nous avons décrit précédemment une des crises va nous fournir un premier exemple. Ce sont les crises d'anxiété de longue durée, celles qui dépassent environ trois semaines, qui présentent ce caractère de se terminer par un accès d'agitation. Voici comment la malade décrit ce qui se produit dans ce cas :

Quand ça se passait (l'anxiété), je restais très abattue, fatiguée, et puis peu à peu je redevais normale, et c'était quand j'étais tout à fait normale que l'exaltation me prenait. Alors j'étais courageuse, rien ne me coûtait de faire, jamais je n'aurais dit : j'étais fatiguée, et puis alors je chantais, je ne pensais qu'à sortir, à rire. Vous savez, cette exaltation, c'est une joie, j'éprouvais un bien-être, j'étais heureuse de vivre, je me serais mis de la poudre de riz, je serais allée au bal ; j'étais gaie, même trop gaie, je voyais tout en rose ; je causais très vite, je n'arrêtais pas. Je ne pouvais pas rester en place par l'exaltation, mais les nerfs ne me faisaient pas mal comme dans l'anxiété. Je me réveillais de bonne heure le matin et puis le soir je me serais pas couchée. Un jour, dans le métropolitain, il me prenait l'envie de déclamer, j'avais comme une impulsion de me lever, de parler, je pouvais pas rester assise. Je mettais ma main sur ma bouche pour ne pas parler, je sentais que j'aurais fait rire tout le monde et que j'aurais ri avec eux parce que je sentais que j'avais envie de dire des bêtises ; par exemple, à un monsieur : vous avez votre cravate de travers, et puis alors éclater de rire ; cette envie de déclamer m'a prise plusieurs fois dans le métropolitain. Si, pendant ces périodes d'exaltation, la malade était contrariée, gênée dans ses mouvements ou si elle les retenait elle-même : je souffrais, ça me donnait une angoisse, un énervement.

La période d'exaltation durait environ cinq jours et faisait place à l'état normal ; l'asthénie qui la précédait durait trois ou quatre jours.

Le malade dont nous avons décrit les crises de faim nocturnes va nous donner un autre exemple du même ordre de faits. J'avais à peu près fini de l'interroger, lorsqu'il me montra un petit carnet où il avait noté divers détails sur ses accès. Or, voici ce que j'y lus :

Le 6 mars 1909, à l'issue de mon voyage, en service à Rouen, j'ai éprouvé, à 7 heures du matin, une crise de fringale avec très fortes coliques, qui ont provoqué une évacuation abondante et très douloureuse dans le bas-ventre. La journée suivante, chose tout à fait exceptionnelle et qui m'arrivait, je crois, pour la première fois, s'est passée ensuite avec souffrances intestinales intermittentes et une diarrhée qui a provoqué une dizaine

de selles liquides assez abondantes jusqu'à neuf heures du soir. Toute la journée j'étais anéanti, mais la nuit ayant été bonne, il n'y paraissait plus à mon lever le lendemain matin, et il m'a même semblé que j'étais redevenu plus fort qu'à mon ordinaire; j'étais plus gai, ragaillard, il me semblait que j'étais redevenu jeune homme.

Interrogé sur ces faits, le malade ajoute: « Je me sentais un bien-être, il me semblait que je n'étais plus le même homme, que j'étais plus jeune, c'est-à-dire plus disposé à faire une chose ou une autre, un peu gai et plus fort. Cette évacuation aurait dû, à mon point de vue, me rendre plus faible, et, au contraire, je me sentais bien plus fort, bien plus valide; alors je l'ai noté sur mon carnet tellement ça m'a paru extraordinaire. »

Ce même ordre de faits peut se rencontrer chez des épileptiques après certaines crises. Peu après avoir eu connaissance des cas que je viens d'exposer, j'eus l'occasion d'observer à Sainte-Anne une épileptique en état d'excitation maniaque. Cinq jours avant son internement, elle avait eu trois attaques pendant la nuit; au réveil, elle eut de l'obtusion qui disparut dans la journée et de l'asthénie comme il s'en produit après toute attaque épileptique; le lendemain elle put s'occuper un peu de son ménage, mais l'après-midi du jour suivant son entourage s'aperçut qu'elle commençait à s'exciter; puis, progressivement, survenait un état d'excitation maniaque nettement caractérisé. Or, cette malade, depuis plusieurs années, présentait après la plupart de ses attaques cette même succession de phénomènes; l'accès maniaque durait de cinq à dix jours et disparaissait graduellement en une journée; enfin, il ne se produisait jamais dans d'autres conditions. Je me trouvais donc en présence du même déroulement de faits que celui qui suit certaines crises émotionnelles. Depuis, j'ai pu réunir cinq cas de manie chez des épileptiques et constater que chez tous ces malades les accès maniaques succédaient toujours à l'asthénie qui

suit les crises. Quant à la confusion, elle évoluait indépendamment de l'asthénie et de l'excitation, tantôt très courte et tantôt empiétant sur la manie ; lorsque l'état d'excitation ne s'accompagnait pas de confusion, le malade en conservait le souvenir. Voici, succinctement exposé, un exemple de ces faits :

S..., femme, vingt-neuf ans. Entre à Sainte-Anne en novembre 1909 dans un état d'agitation maniaque post-épileptique. Cette malade, qui a eu des convulsions à neuf mois et une première attaque comitiale à dix-sept ans, présente depuis quelques années des séries de deux, trois ou quatre attaques survenant tous les deux ou trois mois. Ces attaques sont typiques : chute brusque avec cri, convulsions toniques puis cloniques, morsure de la langue, émission d'urine, perte de connaissance et amnésie de l'attaque. Après sa dernière crise, la malade dort pendant quelques heures ; elle est obtuse à son réveil, mais cette obtusion se dissipe assez rapidement ; elle est alors courbaturée, fatiguée. Elle recouvre progressivement ses forces et, deux ou trois jours après les attaques, commence à s'agiter ; l'agitation dure de huit à quinze jours.

Deux mois après son internement, la malade a eu à l'asile quatre attaques convulsives dans la même journée ; pendant l'intervalle des attaques elle n'a pas repris connaissance. Le lendemain elle est restée couchée, elle s'est levée le jour suivant et au troisième jour a commencé à s'agiter ; après dix jours d'agitation, elle revenait à son état habituel.

Pendant cette période d'agitation, la malade parlait à peu près constamment, ses propos étaient désordonnés ; par instants elle riait, frappait des mains, dansait la bourrée (elle est originaire du Cantal) et s'irritait facilement. Elle n'exprimait pas d'idées délirantes et ne paraissait pas avoir d'hallucinations. Elle répondait rarement aux questions qu'on lui posait, mais on pouvait parfois obtenir des réponses exactes sur son âge, son lieu de naissance, etc.

Interrogée après son retour à l'état normal, voici ce qu'elle dit de ses accès :

Quand je reviens à moi, j'ai très mal à la tête, là sur le front, dans les tempes ; je suis très fatiguée, je suis faible, je n'ai pas de forces, on dirait qu'on m'a battue partout ; je suis très fatiguée comme si je venais de faire un grand voyage. La

fatigue diminue peu à peu; c'est après, c'est toujours après qu'on me met dans la chambre; je suis agitée, quoi! c'est les nerfs qui me travaillent, je le sens bien. Je reconnais tout le monde; les malades qui viennent à la porte me regarder par les carreaux, ça me porte sur les nerfs. Ça s'en va assez vite, je serai agitée le matin, et le soir ça s'en ira, même que je me dirai que j'ai été bête de dire des choses pareilles.

L'asthénie qui suit les crises épileptiques est vraisemblablement un phénomène d'épuisement nerveux secondaire aux attaques, et dû, tout au moins partiellement, aux contractions musculaires violentes qui s'y produisent; en tout cas, elle disparaît graduellement comme l'asthénie des crises douloureuses. Le double accès asthénique et maniaque qui suit, soit les crises émotionnelles, soit les attaques épileptiques, paraît donc bien avoir, dans l'un et l'autre cas, la même signification et être indépendant du processus épuisant qui l'a précédé. S'il en est bien ainsi, il sera possible d'observer cette forme de double accès, qu'on pourrait appeler *asthéo-manie secondaire*, au cours de toutes les affections où une asthénie intense peut apparaître comme conséquence d'un phénomène épuisant. Quelques observations publiées d'excitation maniaque survenant quelque temps après un trauma violent paraissent devoir être rattachées à ces cas. Il en est peut-être de même des cas signalés de manie se produisant après de fortes hémorragies, ces dernières déterminant toujours de l'asthénie qui disparaît progressivement. La manie puerpérale, qui, on le sait, se produit en général quelques jours après l'accouchement, pourrait bien avoir une signification analogue; elle succéderait alors à l'asthénie produite par les douleurs et les hémorragies de l'accouchement. Quoi qu'il en soit de ces derniers faits, dont l'étude serait à reprendre de ce nouveau point de vue, on peut dire qu'il existe un groupe important

d'états asthéo-maniaques, les asthéo-manies secondaires, où la manie succède à une asthénie progressivement décroissante.

L'asthénie progressivement décroissante, c'est le recouvrement graduel des forces du sujet, c'est l'accroissement continu de son activité motrice et idéative jusqu'à l'activité motrice et idéative de l'état normal. Dès lors, on peut se demander si la production de l'excitation, après que l'état normal a été atteint, n'est pas la simple continuation du phénomène d'accroissement des forces, en sorte que l'excitation maniaque serait par rapport à l'état normal le contraire de l'asthénie et par conséquent l'hypersthénie.

Il nous faut donc préciser les caractères fondamentaux de l'excitation maniaque, et pour cela nous analyserons les cas de faible et de moyenne intensité, comme ceux de nos malades atteints d'anxiété et de faim périodiques ; nous verrons dans un instant ce qui se produit dans les cas très intenses. L'excitation maniaque faible et moyenne se présente avec les caractères suivants : pendant son accès le malade a une tendance constante à se mouvoir et à parler, ses mouvements automatiques ou volontaires s'exécutent avec facilité, ampleur et promptitude, il se fatigue beaucoup moins rapidement qu'à l'état normal, et il éprouve une impression de bien-être et de légèreté de corps. Son idéation est rapide et aisée et l'évocation de ses souvenirs se fait plus facilement qu'à l'état normal. Il a une propension très marquée à plaisanter et à rire ; sa disposition au chagrin et à l'anxiété est diminuée. Il a de l'insomnie. Enfin, s'il est contrarié dans les actions qu'il veut accomplir, ou gêné dans ses mouvements, il s'irrite, se met en colère et a des réactions motrices d'autant plus violentes qu'il dispose, par le fait même de son état morbide, d'une activité motrice très accrue. Or, comme



dans les états maniaques de grande intensité le malade rencontre à chaque instant des obstacles à l'accomplissement de ses actions, il est, dans ces cas, dans un état de colère ou de fureur plus ou moins continue.

Cela établi, si nous comparons l'asthénie à l'excitation maniaque, nous voyons que ces deux syndromes, par rapport à l'état normal, s'opposent exactement dans leurs éléments essentiels. En effet, lorsque, dans l'asthénomanie secondaire, on suit l'évolution des phénomènes, on constate que le sujet passe progressivement : 1° au point de vue musculaire, d'un état de faiblesse générale avec fatigue et épuisement rapides, sentiment de mal-être, à un état d'hyperactivité motrice générale, avec possibilité de se mouvoir très longtemps sans fatigue, et sentiment de bien-être corporel ; et 2° au point de vue intellectuel, d'un état de ralentissement des processus idéatifs avec remémoration difficile, à un état d'hyperidéation avec évocation des souvenirs plus facile qu'à l'état habituel. L'excitation maniaque s'oppose donc bien à l'asthénie, et réalise, par conséquent, l'hypersthénie.

Dès lors, ce qui caractérise les asthénomanies secondaires (asthénomanie post-douloureuse, post-épileptique, etc.), c'est l'accroissement continu de l'activité musculaire et idéative du malade, accroissement qui, passant par l'état normal, le dépasse ensuite, de telle sorte que celui-ci n'est qu'une étape, qu'un degré dans ces transformations. Il n'y a donc pas de changement de sens ni de nature dans l'évolution de ce phénomène, et l'opposition qui apparaît dès l'abord entre l'asthénie et l'hypersthénie est une simple apparence, due à ce que nous comparons à l'état normal ces deux syndromes qui, comme le chaud et le froid, pour les températures des corps, ne sont que des degrés d'un même complexe.

Les excités maniaques, lorsqu'ils peuvent conserver

la libre allure de leurs mouvements, ont l'impression qu'ils sont dans un état de joie ; ils n'ont pas de sensation de plaisir localisée, mais un sentiment de bien-être général et de légèreté du corps. Or, l'étude de la joie émotion y met en évidence les mêmes caractères que ceux de l'excitation maniaque. La joie émotion est produite par l'idée d'un bien à venir ; elle est caractérisée par les éléments suivants : hyperactivité motrice générale, hyperidéation, sentiment de bien-être, disposition très marquée à rire et à plaisanter, irritation contre tout ce qui contrarie les réactions motrices ; enfin, deux caractères qui sont liés intimement à la cause intellectuelle de l'émotion et, par conséquent, ne peuvent se rencontrer dans la joie non motivée : tendance impulsive à réaliser le bien espéré et irritation très accentuée contre tout ce qui gêne cette réalisation ; enfin, cessation de l'excitation motrice et idéative, lorsque cette réalisation est accomplie. Ainsi, il y a identité entre les caractères de la joie et ceux de l'excitation maniaque ; et comme le sentiment éprouvé par les sujets est le même dans les deux cas, on doit admettre l'identité de ces deux complexus.

Le sentiment de bien-être de l'excitation maniaque et de la joie est un état affectif à localisation vraisemblablement musculaire, et paraît se rattacher à l'hyperactivité motrice ; alors il serait dû à ce fait que les muscles dont la contraction permanente maintient les attitudes du corps sont dans un état d'hypertonicité, en sorte que les sensations de poids, de lourdeur et parfois de fatigue dont ils sont le siège disparaissent, et qu'un état de bien-être et de légèreté corporelle leur fait place. Les éléments affectifs de cet état sont d'ailleurs plutôt faibles ; peut-être même sont-ils nuls, et n'apparaissent positifs que par rapport à l'état habituel. En tout cas, ils semblent bien s'opposer aux sentiments

musculaires de poids, de lourdeur et de fatigue que, précisément, on constate dans l'asthénie.

Il résulte de tous ces faits que ce qui s'oppose à l'hypersthénie ou à la joie n'est point le chagrin ni la tristesse, comme on le croit communément, mais l'asthénie. La tristesse est un chagrin de longue durée qui, à cause de sa persistance, a produit une asthénie progressive. Mais, tandis que la joie est une émotion, puisqu'elle peut être déterminée par des idées, l'asthénie n'en est jamais une, parce qu'il n'existe pas d'états intellectuels qui puissent l'engendrer directement, et que, dans les émotions douloureuses, elle ne se produit que par l'intermédiaire de la douleur.

Dès lors, on conçoit que la joie puisse coexister avec le chagrin, l'anxiété, l'énervement, et l'observation confirme pleinement ces vues. Les états d'asthénie et d'hypersthénie sont, en effet, des états généraux de l'activité nerveuse, et, comme l'état normal, ils ont chacun leur psychologie émotionnelle; la disposition aux émotions douloureuses est augmentée chez l'asthénique, elle est diminuée chez l'hypersthénique, mais, chez tous, ces émotions peuvent se produire.

Dans la deuxième partie de cette étude, nous examinerons des affections caractérisées par des accès spontanés d'asthénie et de manie; ces accès sont généralement de longue durée, et les idées de suicide qu'ont parfois les asthéniques, l'excitation dangereuse que peuvent avoir les maniaques déterminent l'internement de ces malades dans un asile et en font ainsi des aliénés; or, tandis que les asthéniques s'émeuvent toujours de leur internement et de leur maladie, les maniaques ne s'en préoccupent presque jamais. Certains hypomaniaques, cependant, s'en inquiètent, mais il suffit parfois d'accroître un peu leur hypersthénie, par exemple en exaltant leurs ambitions, pour que, si même on leur

parle de leur internement, ils ne s'en préoccupent plus. Ces faits suffisent à montrer que des différences importantes existent entre les susceptibilités émotionnelles des maniaques et des asthéniques ; ces différences se retrouvent identiquement dans les états de lassitude et de joie de la vie normale.

Nous allons aborder maintenant l'étude des affections où des accès spontanés d'asthénie et de manie se combinent diversement. Les accès asthéniques de ces maladies ont été jusqu'à présent confondus avec la mélancolie. Nous verrons que l'observation clinique seule suffit à les en séparer. Mais l'étude que nous venons de faire des rapports de l'asthénie, de l'excitation maniaque et des émotions douloureuses nous sera d'un secours précieux pour analyser exactement et mieux comprendre les caractères différentiels des accès d'asthénie et des états mélancoliques.

(A suivre.)

---

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE  
ET DE LA  
TABO-PARALYSIE CONJUGALES

DANS LE DÉPARTEMENT DU NORD

1871-1909

PAR LES DOCTEURS

**HANNARD** et **GAYET**

Ancien interne des hôpitaux de Lille,      Ancien interne de l'asile d'Armentières.  
Interne de l'asile d'Armentières.

(Travail du service du professeur agrégé RAVIART.)

Parmi les innombrables travaux ayant pour objet l'étiologie de la paralysie générale, l'étude des cas où deux époux ont été atteints par cette affection est des plus suggestives. En effet, l'observation saisissante de conjoints, d'abord syphilités, puis devenus paralytiques ou tabétiques, a paru, dans certains cas, apporter la preuve décisive de l'origine spécifique de l'affection. Mais tous les faits rapportés ne sont pas aussi démonstratifs et, alors que la notion de syphilis antérieure y est absente, apparaissent d'autres conditions étiologiques communes, propres à jeter le trouble dans l'esprit des observateurs.

Nous proposant de recueillir les cas de paralysie générale conjugale qui se seraient produits dans le département du Nord depuis de longues années, nous avons dressé la liste des paralytiques généraux mariés,

entrés à l'asile d'Armentières du 1<sup>er</sup> janvier 1871 au 1<sup>er</sup> juillet 1909. Grâce à l'obligeance de M. le D<sup>r</sup> Manpâté, médecin en chef de l'asile de Bailleul, pareille chose a été faite pour cet établissement.

C'est du rapprochement de ces documents qu'est né notre travail. Nous avons pu découvrir ainsi un nombre relativement important de paralysies générales conjugales, dont nous avons rapporté les observations.

Cette étude n'a pas la prétention d'établir le bilan de la paralysie générale conjugale dans le département du Nord, car il n'est pas douteux que bon nombre de cas nous aient échappé. Faire porter notre étude sur les grands établissements d'assistance pour hommes et femmes aliénés était bien ; mais notre enquête eût dû comprendre encore tous les paralytiques généraux et les tabétiques non internés, ou placés dans d'autres établissements des départements voisins ou de la Belgique, et ils sont nombreux. Cette enquête complète était impossible, on le conçoit sans peine, et nous nous sommes bornés à recueillir les autres cas venus par hasard à notre connaissance et à examiner la femme des paralytiques internés actuellement.

Cette dernière investigation n'a pas été sans résultats, en ce sens que la femme de plusieurs de nos sujets a été reconnue atteinte de tabes et que d'autres présentaient quelques signes physiques inquiétants : troubles oculaires, tremblement de la langue, embarras de la parole.

Enfin, nous avons fait état également d'un cas dans lequel un individu, atteint de paralysie générale, avait été contaminé par une autre femme que son épouse, paralytique elle aussi.

Ce sont toutes ces observations que l'on trouvera réunies dans notre étude clinique ; nous en résumerons les points principaux dans un tableau synoptique, et

nous rechercherons quelles conclusions se peuvent tirer de leur rapprochement. Nous ferons précéder nos observations d'un court historique de la question.

## I. — HISTORIQUE.

Il y a environ vingt-cinq ans qu'ont été publiées les premières observations connues de paralysie générale conjugale ; elles sont dues aux auteurs allemands.

En 1885, W. B. Goldsmith, étudiant les rapports de la syphilis et de la paralysie générale, donnait pour preuve du rôle joué par l'infection spécifique dans la genèse de cette maladie les cas où elle survient chez des syphilitiques et atteint plus tard des sujets contaminés par eux. Il citait, entre autres exemples, deux observations de paralysie générale conjugale : dans le premier, deux époux syphilitiques deviennent paralytiques huit à dix ans après l'infection ; dans le second, un homme contracte la syphilis et la donne à sa femme ; une sœur de celle-ci, qui habitait avec eux, est contaminée à son tour. La paralysie générale s'installa successivement chez le mari, la femme et la sœur, entre la sixième et la huitième année après les premiers accidents spécifiques.

L. Acker, en 1887, publie l'observation d'un mari syphilitique, mort de démence paralytique quatre ans avant sa femme, atteinte, elle aussi, de cette affection.

La même année, Ziehen cite deux cas analogues :

Mendel, dans un premier travail, paru en 1888, en relate trois : paralysie générale chez les deux conjoints dans un cas ; mari paralytique et femme tabétique dans un second ; mari tabétique, avec affaiblissement intellectuel, et femme tabétique, dans le troisième.

Le 14 mai 1888, Westphal communique à la Société de psychiatrie de Berlin trois nouvelles observations, parmi lesquelles une seule fait mention d'antécédents

spécifiques ; à la même séance, Siemerling en rapporte une, signalant la syphilis chez les deux conjoints.

La thèse d'Évrard (Paris, 1888) contient deux observations de paralysie générale conjugale : dans chacune d'elles, deux époux syphilitiques sont devenus paralytiques presque à la même époque.

Ormerod, en 1889, trouve la paralysie générale chez un mari et le tabes chez sa femme. Tous deux étaient syphilitiques.

Au Congrès de Rouen (1890), Mabilille rapporte l'histoire de deux époux, alcooliques, non syphilitiques, qui moururent à l'asile de Lafond, à trois années de distance, la femme ayant succombé la dernière.

Au même Congrès, Cullerre communique une « Note sur la paralysie générale conjugale ». Il a eu l'occasion : 1° de traiter successivement la femme et le mari atteints de paralysie générale ; 2° de recevoir une femme paralytique, dont le mari était soigné ailleurs pour la même maladie ; 3° de recevoir une seconde femme paralytique, dont le mari était traité à l'hôpital pour une affection tabétique.

Après avoir rapporté ses observations, Cullerre les fait suivre des remarques suivantes, que nous croyons devoir reproduire :

« Elles sont, dit-il, intéressantes à plus d'un point de vue. La dernière ne répond pas tout à fait au titre de ma communication, mais j'ai cru pouvoir la retenir en raison des parentés morbides indéniables qui existent entre la paralysie générale et les diverses formes du tabes.

« Et d'abord, s'agit-il dans ces rencontres d'un pur hasard, d'une coïncidence absolument fortuite ? Pour ma part, je répugne à l'admettre : non seulement parce que les trois femmes dont il vient d'être question représentent 43 p. 100 de toutes les paralytiques mariées ou



veuves que j'ai eues à traiter à l'asile depuis dix ans, mais encore parce que j'ai pu observer quelques faits cliniques de même ordre, quoique ne rentrant pas dans le cadre de ce travail.

« Mendel, Siemerling et Westphal en ont cité des cas à la Société psychiatrique de Berlin...

« D'après ces auteurs, Mendel surtout, la syphilis semble donc être la cause déterminante de la paralysie conjugale. Malgré mes recherches, je n'ai pu arriver à la même certitude; chez un seul de mes malades, la femme de la troisième observation, la syphilis est certaine; en revanche, elle n'est que probable chez le mari. Pour les paralytiques de la deuxième observation, nous sommes dans le doute...

« Sur les deux sujets de l'observation première nous ne savons rien, sinon que le mari a nié énergiquement toute infection, ce qui ne prouve pas grand'chose, et que la femme était de mauvaise vie, ce qui aurait plus d'importance. Le jeune âge des trois femmes frappées serait un indice en faveur de l'infection. Ce fait que la paralysie générale s'est développée d'abord chez la femme de mœurs faciles, dans l'observation première, et chez le mari qui se trouve être le personnage suspect dans la deuxième, en serait un autre. Il est vrai que dans la troisième, nous voyons la femme, la première infectée, ne devenir paralytique qu'après que son mari a déjà manifesté les symptômes de sclérose médullaire.

« En somme, dans l'étiologie de ces paralysies conjugales, je crois qu'il faut s'en tenir aux présomptions sans affirmer catégoriquement le rôle de la syphilis.

« Mais celle-ci même admise, tout se trouve-t-il expliqué? Loin de là, car on se demandera encore pourquoi elle s'attaque au même organe chez les deux conjoints; pourquoi elle y développe non seulement la

même maladie, mais encore la même forme clinique de cette maladie...

« On ne peut même pas invoquer l'action adjuvante de causes prédisposantes communes, pas même l'alcoolisme, encore moins le surmenage du système nerveux inconnu de campagnards d'humble condition, comme sont nos malades.

« Quant à l'hérédité congestive ou vésanique, elle ne nous a été signalée chez aucun d'eux.

« En présence d'un de ces cas de phtisies conjugales, si fréquemment observées par tous les médecins, la prédilection évidente du bacille de la tuberculose pour les poumons, la susceptibilité si grande de ces organes envers l'agent infectieux et les nombreuses occasions qu'ils ont eu de l'absorber nous fournissent une explication suffisante et du mécanisme de la contagion et de sa fréquence.

« Il n'en est pas de même en ce qui concerne les paralysies générales conjugales. De l'aveu des auteurs, en effet, les manifestations cérébrales de la syphilis sont relativement rares, comparées aux autres manifestations de la maladie. Bien plus, on ne peut même pas dire que la lésion cérébrale, dans la paralysie générale d'origine syphilitique, soit une lésion syphilitique; elle n'a rien de spécifique, rien qui diffère de ce qu'on observe dans les paralysies générales d'une autre origine. Quelques auteurs, il est vrai, prétendent que la paralysie générale est toujours d'origine syphilitique, mais je ne crois pas qu'ils aient fourni la preuve de ce qu'ils avancent.

« Il y a des contagions qu'on ne peut encore rattacher à une infection microbienne; telle est la contagion du diabète, appuyée par des faits suffisamment nombreux et signalée par les médecins les plus compétents en France et à l'étranger.

« Entre le diabète conjugal et la paralysie générale conjugale, je n'entends créer aucun rapprochement que rien d'ailleurs n'autorise actuellement. Je veux seulement, en constatant le mystère dont est encore environnée l'origine du premier, rappeler qu'il importe de se garder des solutions hâtives, et qu'en fait de *paralysie générale à deux*, la syphilis, tout en étant encore l'hypothèse la plus plausible, est loin de tout expliquer d'une manière satisfaisante. »

En 1892, paraissent deux observations nouvelles de paralysie générale conjugale, dues, l'une à Goldflamm, l'autre à Régis et Anglade. Dans un cas de Major, publié la même année, le père, la mère et le fils étaient atteints de démence paralytique.

Devey, en 1894, rapporte l'histoire de trois ménages, dans lesquels la paralysie générale, survenue d'abord chez le mari syphilitique, atteint bientôt la femme.

A la même époque paraît la thèse d'Henri (Bordeaux, 1894) qui rassemble tous les cas observés jusqu'alors et contient deux observations inédites. Dans l'une, l'homme est entré à l'asile trois ans avant la femme; dans l'autre, vingt ans se sont écoulés entre l'admission du mari, atteint le premier, et celle de sa femme; dans les deux cas la syphilis est signalée chez l'homme, et l'hérédité psychopathique chez l'autre conjoint.

En 1895, Mendel dans un nouveau travail publie 7 cas personnels et 11 empruntés à divers auteurs; sur ces 18 observations, on trouve: 2 fois le tabes, 7 fois la paralysie générale chez les deux époux, 6 fois la paralysie générale chez l'homme et le tabes chez la femme, 3 fois le tabes chez l'homme et la paralysie générale chez la femme.

Luhrmann, dans le *Neurologisches Centralblatt* de juillet 1895, rappelle les travaux de Erb et de Mendel

relatifs au tabes observé chez les conjoints et à la paralysie générale conjugale.

« Erb, dit-il, estime qu'il n'y a pas de cas de tabes chez deux époux sans syphilis. Néanmoins, Mendel, qui cite 18 cas de paralysie, de tabes, ou de tabes-paralysie conjugale, n'a trouvé la syphilis que 8 fois chez les deux conjoints et 5 fois chez le mari seulement. »

Puis l'auteur rapporte 2 observations personnelles. Dans la première, il s'agit d'un homme, ayant contracté la syphilis vers 1870, devenu paralytique en 1890, et dont la femme fut atteinte en 1892 de paralysie générale; elle avait accouché au huitième mois, d'un enfant qui ne vécut qu'une heure, et plus tard d'un enfant mort-né.

Dans la seconde observation, le mari, paralytique dès 1886, mourut deux ans après, à l'époque où précisément sa femme présentait les premiers signes de tabes. La syphilis n'avait pu être dépistée chez le mari; mais la femme eut en 1895 une gomme osseuse de l'apophyse mastoïde, qui guérit après l'administration d'iodure de potassium.

En 1898, Kron, de Leipzig, rapporte deux cas de paralysie générale survenue chez des conjoints. D'autre part, Etienne et Spillmann communiquent à la Société de dermatologie deux observations de paralysie conjugale et Joffroy en publie quatre dans la *Revue de Psychiatrie*.

On trouve dans un troisième travail de Mendel, paru la même année, la relation d'un cas plus complexe: Un syphilitique meurt de paralysie générale, après avoir infecté sa femme; celle-ci s'étant remariée, le nouvel époux devient tabétique et elle-même présente des signes de graves lésions des centres nerveux.

La thèse de Crété (Paris, 1899) renferme 4 observations personnelles; dans 3 d'entre elles, l'homme a été

Le premier atteint, l'intervalle entre l'internement des deux époux n'ayant jamais dépassé quatre ans. La syphilis, probable dans deux cas, n'avait pu être certifiée que dans un seul. Enfin, 3 des femmes paralytiques étaient des dégénérées, avec antécédents héréditaires psychopathiques.

L'auteur se borne aux conclusions suivantes : « La paralysie générale conjugale (ou combinée avec le tabes) est peut-être plus fréquente qu'on ne l'a admis jusqu'ici ; son origine syphilitique, affirmée par certains auteurs, n'a pu être vérifiée dans toutes nos observations. »

La même année, Gottschalk soutient à Würzburg une thèse consacrée au tabes et à la paralysie progressive chez les époux. Sur ce même sujet, Raecke a publié un important mémoire, dans lequel il cite 62 cas recueillis dans la littérature, auxquels il ajoute 7 observations personnelles.

En 1900, Mönkemoeller publie, dans le *Monatsschrift für Psychiatrie*, le résultat de ses recherches :

Sur 741 paralytiques, il a trouvé 18 cas de paralysie générale conjugale, avec ou sans tabes : 14 fois, la démence paralytique existait chez les deux époux ; 2 fois, le mari était tabétique, 1 fois le mari atteint de paralysie générale et la femme de tabes ; enfin, dans un cas, les époux étaient tous deux tabétiques.

Le premier atteint fut 13 fois le mari, 2 fois seulement la femme, et, dans un de ces deux derniers cas, celle-ci était déjà infectée depuis quatorze ans. Dans 3 cas, les 2 époux furent pris en même temps.

Lorsqu'un des conjoints, ajoute-t-il, est atteint de paralysie générale ou de tabes, on peut voir apparaître chez l'autre des signes d'asthénie nerveuse, qui doivent toujours faire penser à un début de paralysie ou de tabes et faire un pronostic réservé.

Enfin, l'auteur réunit dans un tableau les 18 cas qu'il a observés.

Lünderborg, en 1902, publie l'observation suivante : Une femme, déjà aliénée depuis peu de temps à l'époque de la puberté, présentait, dans la suite, presque tous les ans, des accès analogues aux premiers (folie maniaque dépressive). Mariée à un sujet paraissant indemne de syphilis, elle eut 4 enfants. Plus tard, le mari, lui ayant été infidèle, prit sans doute la syphilis et la communiqua à sa femme, qui, depuis lors, a avorté 5 fois. L'homme mourut, vers l'âge de quarante ans, de démence paralytique associée au tabes ; moins de deux ans et demi après, des accès épileptiformes apparaissaient chez la femme, suivis bientôt du développement d'une paralysie générale typique.

La même année, dans les *Archives de neurologie*, MM. Kéraval et Raviart publient 5 observations de paralysie générale conjugale. Quatre d'entre elles sont au nombre de celles que nous rapportons plus loin.

Morel-Lavallée, dans un article de la *Revue de médecine* (1903), après avoir cité les observations de Goldsmith et rappelé une observation personnelle, qui d'ailleurs n'a pas trait à la paralysie générale conjugale (une femme contamine cinq de ses amants, tous morts dans la suite paralytiques généraux, mais demeure elle-même indemne de toute affection cérébro-spinale), en tire les conclusions suivantes : La syphilis a une action élective sur le système nerveux ; elle est la cause prépondérante de la paralysie générale, qui de toutes les maladies mentales est la moins souvent préparée par l'hérédité vésanique ou psychopathique, alors qu'on relève fréquemment chez ses victimes des antécédents héréditaires congestifs.

La thèse de Pourreyron, parue la même année, est consacrée à l'étude du tabes conjugal. Il s'y trouve

9 observations inédites ayant trait à notre sujet. Elles appartiennent pour la plupart à M. Babinski et concernent presque toutes des malades non internés.

Dans 3 d'entre elles, l'un des conjoints (2 fois le mari, 1 fois la femme) présente des signes de paralysie générale, tandis que l'autre est tabétique. La coexistence des deux affections chez le même conjoint (1 fois le mari, 1 fois la femme), l'autre étant simplement tabétique, est notée dans 2 observations. Partout la syphilis est signalée.

Les conclusions suivantes terminent ce travail : il faut donner dans l'étiologie de la paralysie générale le rôle prépondérant à la syphilis, mais on ne peut expliquer d'une façon nette pourquoi elle produit les mêmes effets chez certains conjoints.

Dans les *Archives de neurologie* de 1904, on trouve une nouvelle observation de Cullerre. Il s'agit de deux époux, sans antécédents héréditaires ou personnels connus, morts tous deux d'une paralysie générale, diagnostiquée chez la femme par Cullerre ; non douteuse chez le mari, d'après les renseignements fournis par le médecin traitant ; seule, la femme, atteinte la seconde, a été internée.

On n'avait jamais constaté chez les conjoints des symptômes de syphilis, mais la présence du signe d'Argyll-Robertson chez le mari et ce fait que la femme n'avait jamais pu mener à bien une seule grossesse sont, d'après l'auteur, de grandes présomptions en faveur de l'infection spécifique. Un long délai (vingt ans environ) s'était écoulé entre celle-ci et le développement de la paralysie générale. L'infection du mari a dû précéder le mariage de quelques années et être, chez la femme, contemporaine des premiers rapports sexuels.

L'intervalle entre le début de la maladie chez les deux époux était d'environ huit années.

MM. Garnier et Santenoise publient en 1906, dans les *Archives de neurologie*, l'observation de deux époux syphilitiques, ayant tous deux des antécédents héréditaires vésaniques, et qui succombèrent l'un et l'autre à la paralysie générale.

Le mari, infecté le premier, mourut un peu plus de deux ans avant sa femme, qui, comme lui, avait présenté les premiers signes de la paralysie générale, environ dix ans après avoir contracté la syphilis.

« Faut-il, disent MM. Garnier et Santenoise, pour expliquer cette paralysie générale chez nos deux époux, faire intervenir, à l'exemple de quelques auteurs (Morel-Lavallée, etc.), l'influence élective d'un virus syphilitique spécial? Cette hypothèse, *a priori* admissible, ne paraît pas devoir être retenue ici, pas plus d'ailleurs qu'une similitude d'habitudes pour les excès vénériens (Ball), car rien ne vient confirmer, ni infirmer la première hypothèse, et la seconde est d'autant plus à rejeter que les époux ont fort peu vécu ensemble. »

La même année paraît sur la question une thèse très intéressante de H. Leroy. Cet auteur ayant consulté les dossiers de tous les malades (hommes) de l'asile de Villejuif, de 1900 à 1906, en a extrait les cas de paralysie générale conjugale.

Ceux-ci font l'objet de ses dix observations personnelles qu'on peut répartir de la façon suivante :

Dans une première série de quatre cas, les deux époux étaient internés. Une fois, le mari a été atteint le premier, deux fois la femme ; une fois, les deux admissions ont eu lieu à la même époque.

Dans cinq autres cas, un seul conjoint (le mari) était interné. Enfin, dans un cas aucun des deux époux n'avait été admis à l'asile. La syphilis est signalée dans six de ces observations (deux fois chez les deux conjoints, trois fois chez l'homme, une fois chez la femme) et les



antécédents héréditaires vésaniques ou congestifs chez un grand nombre de snjets.

Parmi les malades observés, on trouve la paralysie générale certaine chez les deux époux dans deux cas, certaine chez le mari et seulement probable chez la femme dans deux cas également.

Dans les autres observations, il s'agit de maris paralytiques avérés dont la femme présente quelques signes physiques ou psychiques, souvent isolés pouvant faire craindre un début de paralysie générale ou de tabes : tels que la dépression mélancolique, le tremblement des doigts ou de la langue, l'inégalité pupillaire, l'amaurose, des migraines, une paraplégie.

Une observation est particulièrement curieuse : ici le mari était entré à l'asile à soixante-neuf ans, avec des symptômes de tabes, sa première femme étant morte dix-huit ans auparavant de paralysie générale ; et, au moment de l'admission du malade, on craignait chez la seconde femme l'éclosion de la même affection.

Enfin, dans un tableau synoptique, l'auteur présente un résumé des cas observés jusqu'alors, en y ajoutant ceux qu'il publia, soit en tout 63 ; on y trouve la syphilis signalée 19 fois chez les deux époux, 11 fois chez le mari, 3 fois chez la femme.

Pour H. Leroy, la paralysie générale reconnaissant toujours des causes multiples : les deux conjoints peuvent être paralytiques généraux sans avoir présenté d'accidents syphilitiques personnels ou héréditaires ; certaines observations tendraient même à prouver que dans la paralysie générale conjugale, la syphilis peut n'exister que chez l'un des époux.

Signalons encore l'article de Junius et Afndt (38 couples atteints de paralysie générale simple ou de tabo-paralysie et 16 observations de paralysie générale, certaine chez l'un des époux, probable chez l'autre. Dans tous

ces cas, la syphilis est notée 16 fois comme avérée et 10 fois comme plus ou moins probable) et un travail de Pilcz, paru en 1908 dans le *Wiener medicin. Wochenschrift*.

Ce dernier auteur attribue le cas de paralysie générale conjugale à un virus syphilitique commun et à une prédisposition personnelle distincte. Il rapporte six observations et termine par les conclusions suivantes : « En règle générale, lorsque la paralysie générale se montre chez deux époux, l'intervalle entre l'infection syphilitique et l'éclosion de la maladie est moindre chez l'homme que chez la femme; d'autre part, l'affection évolue souvent plus lentement chez le mari que chez l'autre conjoint. »

Enfin, dans l'article qu'ils consacrent à la paralysie générale dans les récents traités, les auteurs signalent l'intérêt que présente l'atteinte des conjoints par la même affection conjugale. F. Raymond et Sérieux s'expriment ainsi : « A l'appui de l'influence de la syphilis, on peut encore citer les cas de paralysie générale : Mendel, Goldsmith, Morel-Lavallée, Westphal, Cullerre, Ball, Acker ont cité des cas dans lesquels le mari et la femme, tous deux syphilitiques, ont été frappés tous deux de démence paralytique. »

C'est la même opinion que soutiennent Gilbert Ballet et Rogues de Fursac, lorsqu'ils écrivent : « Plaident encore en faveur de l'origine syphilitique de la maladie de Bayle les cas, assez nombreux maintenant, de paralysie générale conjugale, et les cas, encore plus nombreux, où, dans un ménage, l'un des conjoints est paralytique général et l'autre tabétique. On sait, en effet, que le tabes reconnaît, dans la plupart des cas, une origine syphilitique. »

Dupré remarque que la paralysie générale est souvent conjugale et que les deux conjoints, sous l'in-

fluence d'une syphilis commune, deviennent tous deux paralytiques, ou l'un des deux paralytique et l'autre tabétique.

Pour Régis, enfin, la démonstration de l'étroitesse des liens étiologiques unissant la syphilis à la paralysie générale est encore plus évidente par ce fait que lorsque la femme mariée et honnête des sphères élevées devient paralytique générale, c'est qu'elle a presque à coup sûr contracté la syphilis de son mari. Cette vérité éclate aux yeux, surtout dans les cas où la paralysie générale frappe simultanément le mari et la femme.

Ainsi, au fur et à mesure qu'on consulte des travaux plus récents, le rôle de la syphilis est de plus en plus admis par les auteurs aux yeux desquels les observations de paralysie générale conjugale viennent rendre plus évidente « la démonstration de l'étroitesse des liens étiologiques unissant la syphilis à la paralysie générale ».

(A suivre.)

---

---

## EXCITATION MOTRICE

### A FORME PORIOMANIAQUE CHEZ UN CIRCULAIRE

Par le **D<sup>r</sup> NADAL**

Interne en médecine à l'asile de Clermont (Oise).

---

Depuis quelques années, la conception classique des psychoses périodiques est vivement attaquée par l'école de Munich à la suite du professeur Kraepelin. Cette école allemande tend à grouper les diverses formes de psychoses périodiques, ainsi que la manie et la mélancolie idiopathiques, sous la dénomination synthétique de psychose maniaque dépressive.

Quelques représentants autorisés de l'École psychiatrique française font une assez vive opposition à l'introduction intégrale de ce cadre nouveau dans notre classification. Aussi les faits cliniques qui se rapportent à cet ordre d'idées conservent-ils tout leur intérêt.

D'autre part, au Congrès de Nantes, 1909, M. Régis s'exprime ainsi : « La plupart des dromomanes, au cours de leur fugue, ne sentent pas la fatigue, le besoin de manger, ils couchent au hasard, indifférents à tout... On comprend, dès lors, pourquoi les dromomanes ne comprennent les voyages qu'à pied. Je ne serais pas autrement surpris que quelques-uns au moins de ces globe-trotters, qui font en cheminant le tour du monde, ne fussent au fond que des dromomanes, comme certains calculateurs prodiges ne sont, de leur côté, que des arithmomanes. Ainsi va la gloire. »

Le malade atteint de psychose circulaire que nous

avons eu l'occasion d'examiner, ne nous a pas paru seulement intéressant par la quasi-célébrité que lui ont valu ses exploits maniaques, mais encore par plusieurs particularités dont la plus grande est l'intensité et le mode de manifestation de son agitation motrice ; agitation motrice qui a provoqué de véritables fugues d'un genre spécial et dont on trouvera les détails au cours de l'observation qui va suivre.

G. G... est né aux environs de Paris en 1851. Nous ne trouvons dans les antécédents héréditaires de notre malade aucune trace de maladie mentale ; le père a vécu jusqu'à quatre-vingts ans sans avoir présenté aucun accident psychique. La mère disparue très jeune, toussait beaucoup ; elle est morte d'épuisement et de fatigue, nous dit son fils ; d'aussi brefs renseignements ne nous permettent pas de conclure à la réalité d'une tuberculose, à laquelle on ne peut cependant s'empêcher de penser. Un frère du malade a occupé pendant de longues années une situation assez brillante dans le journalisme parisien ; il est mort récemment sans avoir jamais présenté de trouble psychique. Même parmi les ascendants plus éloignés ou parmi les collatéraux, nous n'avons rien pu trouver qui constitue pour notre malade une charge héréditaire.

G. G... est né à terme et, dans sa première enfance, nous ne trouvons qu'une affection cutanée assez mal définie et soignée par des bains de barèges. A quatre ans, l'enfant perd sa mère et est élevé par son père et sa grand'mère. A sept ans, il entre au collège et y reste jusqu'à quatorze ans ; il termine le cycle d'études parcouru dans cette institution et en sort dans les premiers ; il n'avait à cette époque jamais de mauvaises notes de conduite et son existence était exemplaire. A quatorze ans, ses études terminées, il se destine au commerce et se place comme apprenti dans une maison de mercerie de Paris ; d'apprenti, il devient employé et reste dans la même maison jusqu'à l'âge de dix-sept ans, moment où, jugeant qu'il n'a plus rien à apprendre dans ce milieu, il en sort pour aller pendant deux ans parfaire dans une autre maison son instruction professionnelle.

A dix-neuf ans, il a la variole ; la période aiguë de la maladie est fort grave et s'accompagne de délire. La convalescence est pénible ; mais, six mois après le début de la maladie, il n'y paraît

plus et notre malade reprend pendant un an son métier d'employé de commerce. Pendant cette année, malgré le siège de Paris, malgré les privations et les émotions, G. G... n'éprouve aucun trouble; la maison à laquelle il appartient ne ferme pas ses portes; « on vend ce qu'on peut », parfois des choses invraisemblables, car notre malade est dans une grande maison d'alimentation, et G. G... a une existence aussi normale que le permettent les circonstances.

Mais si les horreurs du siège ont peu de prise sur lui, il n'échappe pas à l'épidémie du typhus. Il reste alité pendant trois mois environ et délire beaucoup. Après une convalescence de six mois, convalescence interrompue par de fréquentes laryngites, notre malade reprend son ancien métier.

Dès ce moment, il a parfois conscience d'une diminution très sensible de son énergie physique et morale; il éprouve souvent du découragement, de la lassitude. Ces états de dépression sont suivis d'états d'excitation pendant lesquels tout lui semble possible et facile; son labeur professionnel, qui, en état de dépression exige, de lui un effort considérable, s'accomplit aisément pendant la période d'excitation; c'est alors aussi qu'il retrouve toute la gaieté et tout l'entrain qui font rechercher sa société.

Ces accès de dépression durent quelques jours à peine et il en est de même des accès d'excitation; si bien que le cycle complet évolue en un mois, mais se reproduit constamment sans intervalle nettement normal. Si ces oscillations sont très fréquentes, aucune d'elles n'amène G. G... assez loin de l'état normal pour que son entourage puisse s'en apercevoir et, pendant longtemps, il est le seul à s'en rendre compte; il a d'ailleurs déjà conscience du caractère pathologique de son état et le dissimule de son mieux.

Pendant six ans, le malade remplit encore sa tâche sociale sans interruption, parfois avec beaucoup de facilité, parfois avec beaucoup de peine. Mais dès cette première période les accès se succèdent, suivant une modalité bien déterminée, modalité qui ne changera pas pendant toute l'existence du malade.

Arrivé à son maximum de dépression, G. G... se couche un soir, aussi abattu que les soirs précédents, mais le sommeil ne vient pas. Notre mélancolique devient peu à peu nerveux, il sent une vie nouvelle s'infuser dans ses veines, et en une nuit d'insomnie il passe de sa torpeur à un état d'excitation qui, dès le matin, a atteint son maximum d'intensité. A partir de ce moment, l'excitation diminue progressivement, le malade atteint

l'état normal, mais n'y marque pas d'arrêt; la diminution d'activité continue et devient de la dépression d'une intensité toujours croissante jusqu'à ce que, en une nuit d'insomnie, G. G... retrouve toute son exubérance d'hypomaniaque. Pendant cette période de sa vie, notre malade n'a souffert que de ses états de dépression; la venue de sa période d'excitation est pour lui l'occasion d'une joie intense: « J'assiste, dit-il, à ma véritable résurrection. »

Mais si, à mesure que notre malade avance en âge, les accès s'éloignent, leur intensité s'accroît, et si l'espace écoulé entre deux états extrêmes est plus long, c'est que, semble-t-il, le chemin à parcourir pour aller de l'un à l'autre est beaucoup plus étendu. Aussi, à vingt-six ans, il ne peut continuer à faire du commerce et va tenter une cure chez son père. Celui-ci, mis au courant par son fils des troubles qu'il ressent, fait organiser chez lui une installation hydrothérapique et essaie, sans résultat aucun, de le soigner pendant six mois. A ce moment, le cycle s'étend sur une période de deux mois environ. Devant l'inefficacité de cette tentative de cure dans sa famille, notre malade va dans une maison de santé et y passe six mois sans en retirer plus de bénéfice.

Dès cette époque lui vient l'idée d'essayer de dépenser en exercices musculaires son activité morbide, aussi devient-il garçon de ferme; seulement, comme son application très inégale et son inexpérience des travaux des champs devaient rendre son labour au moins peu utile, il payait lui-même le fermier qui l'employait. Il a ainsi passé deux ans dans deux fermes différentes; il affirme que son excitation était moindre pendant ces deux années et que sa dépression lui était moins pénible en raison, dit-il, de l'isolement relatif dans lequel il se trouvait. Mais un jour qu'il conduit une charrette, il se fracture une jambe; après consolidation, il quitte la culture et essaie à nouveau du commerce, où en raison de son état pathologique il ne peut réussir; aussi y renonce-t-il au bout d'une année. A ce moment, trente ans, c'est sur trois mois que s'étend le cycle morbide.

G. G... occupe les périodes, pendant lesquelles il peut travailler, à dessiner des cartes de géographie à l'École des Mines, et pendant deux ans il y consacre toute son activité, s'interrompant beaucoup plus quand il est déprimé que lorsqu'il est excité. D'ailleurs, son existence a été paralysée beaucoup plus par la dépression que par l'excitation.

Au cours d'un accès mélancolique plus intense, il rentre chez son père et y passe plusieurs années. Là, s'il se terre, parfois il fait souvent preuve d'une activité telle qu'il s'acquiert une véritable popularité ; il organise des cavalcades, s'occupe des affaires publiques, formule des plaintes contre les abus et finit par être élu le premier sur la liste des conseillers municipaux ; il fonde un journal qu'il rédige, imprime et vend lui-même. Pendant ces quelques années, son existence se divise en deux périodes régulières et bien distinctes qui vont plutôt en s'accroissant : une, pendant laquelle il est très gai, très entreprenant, recherchant la société, voulant toujours faire mieux et plus, dominé par un esprit d'orgueil excessif, se croyant un homme étonnant, voulant surtout le faire croire, recherchant les ovations, les bravos, les félicitations et faisant tout pour les provoquer ; poussant tout à l'extrême, mais ne déraisonnant pas, il s'exprime et se défend très bien. Avec cela il montre un très bon naturel, ne cherche jamais à dire ni à faire du mal ; il fait preuve d'une activité débordante, parlant et marchant toujours, mangeant très bien, mais dormant peu ; enfin il se trouve très heureux, surtout s'il croit être parvenu à étonner le monde, et son intelligence assez développée finira par lui en indiquer quelques moyens.

Dans l'autre période, au contraire, très triste, très calme, déprimé même, il évite toute rencontre qui pourrait l'obliger à causer ; il se cache des personnes qu'il recherche de préférence dans son état d'exaltation ; en demi stupeur parfois, il est toujours honteux, timide, doux, soumis à l'excès envers son père ; il a constamment besoin de dormir ; la physionomie est complètement changée, on ne peut croire que c'est le même homme. Ce qui domine dans cette période, c'est un sentiment d'incapacité aussi bien physique que mentale.

Voilà quelle est la situation du malade à la fin de la période que nous appellerons familiale. Jusque-là, les quelques séjours faits dans les maisons de santé ne sont pas motivés par l'intensité des accidents ; ils représentent plutôt des tentatives de cure radicale et après chaque insuccès on change de maison à la tentative suivante, espérant obtenir un résultat plus favorable ; le malade, conscient dès le début, nous l'avons dit, de son état pathologique, se prête aisément à ces essais. Mais, après cette période que nous avons appelée familiale, vient la période des asiles. Déjà les accès, aussi bien maniaques que dépressifs, ont atteint une acuité plus grande ; en revanche, le cycle complet



embrasse une année entière que l'on peut diviser ainsi : Au printemps, un accès maniaque nécessitant un internement de un mois à un mois et demi ; puis, pendant l'été et l'automne, hypomanie avec les caractères que nous avons décrits plus haut, et en hiver dépression franche. Depuis, vers l'année 1890, ce cycle ne s'est pas modifié, seule l'intensité des accidents a parfois varié. Ses internements sont toujours motivés par l'excitation, car les états de dépression ne donnent lieu à aucune manifestation grave.

En 1892, le *Petit Journal* organise une course Paris-Belfort à pied ; notre malade, alors en période d'excitation, s'engage parmi les concurrents et arrive dans un bon rang ; pas plus tôt rentré à Paris, il recommence seul le trajet et accomplit le parcours Paris-Belfort et retour en dix jours, soit à une moyenne de 100 kilomètres par jour. Cet exploit accompli, la période d'exubérance n'est pas terminée et G. G... part toujours à pied accomplir une formidable randonnée à travers l'Allemagne, atteint Saint-Pétersbourg, Moscou et rentre en France par Vienne et la Suisse, et cela avec des étapes d'une longueur moyenne variant entre 70 et 80 kilomètres ; la dernière partie de ce circuit est accomplie plus péniblement, parce que l'hypomanie s'atténue peu à peu et, dès son arrivée chez lui, notre malade commence sa période hivernale de dépression.

Au printemps suivant, survient un accès maniaque très violent, et l'internement dans une maison de santé de Paris est nécessaire. Notre marcheur y reste un mois environ et, deux jours après sa sortie, il part à pied pour le Havre, où il s'embarque pour New-York ; de New-York il va à Chicago et retourne de Chicago à New-York, toujours à pied. A New-York, il s'embarque pour la Hollande et débarque à Amsterdam ; contrairement à ses projets, il rentre en chemin de fer à Paris : c'est que la période de dépression commence déjà et G. G... ne pourrait plus, aussi bien physiquement que moralement, supporter les fatigues du voyage à pied.

Il passe l'hiver chez lui, ne sortant que très rarement, travaillant à son jardin, ne parlant pas ou très peu de son voyage, allant voir son frère chaque dimanche, mais prenant des chemins détournés pour éviter de rencontrer des amis. Cet état dure jusqu'à la fin mai 1894. A ce moment se produit une nouvelle crise de manie qui nécessite son premier internement à l'asile de Clermont. Dès sa sortie, après un mois de séjour, il repart et cette fois se dirige sur Tombouctou ; il traverse la

France parcourt l'Algérie et la Tunisie, mais ne peut faire une tentative sérieuse d'atteindre le but qu'il s'est fixé, car les moyens indispensables lui font par trop défaut. Pendant sa tournée en Algérie, il fait des conférences au bénéfice de la veuve d'un explorateur français. Rentré en France, il franchit pendant l'hiver une nouvelle période de dépression de laquelle il ne sort qu'au mois de juillet, suivant le mode habituel, c'est-à-dire par un violent accès d'agitation qui le fait de nouveau interner à Clermont; il en sort quelques jours après et recommence ses pérégrinations annuelles.

Tous les ans, les mêmes phénomènes se renouvellent et tous les ans jusqu'en 1899, aussi, G. G... accomplit un nouveau voyage; le plus important est celui qui le conduit toujours à pied jusqu'en Asie Mineure, où il visite Jérusalem et les villes saintes; il commence ce voyage en s'évadant de Clermont.

En 1899, la crise d'excitation est de plus longue durée et G. G... séjourne à l'asile de Clermont du 19 avril au 28 juillet; après cette longue période d'excitation, la dépression apparaît très vite et notre malade n'a plus d'idée migrative. Il en sera désormais de même tous les ans. La période de manie se prolonge et provoque des internements de longue durée; le cycle morbide n'est plus aussi régulier, car nous trouvons que G. G... passe à l'asile de Clermont tout l'hiver de 1905-1906, alors que pendant les années précédentes il y était venu soit au printemps, soit à la saison chaude. Déjà en 1900 sa période d'agitation maniaque dure d'août à novembre. Ces perturbations chronologiques ne sont pas les seules que subit le cycle. La période intermédiaire ou de simple excitation maniaque, autrefois si étendue, disparaît peu à peu et notre sujet passe rapidement de la période d'activité entièrement désordonnée à la période d'inertie. Son existence se divise aujourd'hui en deux périodes bien nettes : une période de manie franche suivie, après une transition de quelques jours à peine, par une période de dépression très marquée; période qui ne cessera que pour faire place, toujours en une nuit comme autrefois, à une nouvelle phase d'excitation.

Le dernier internement a eu lieu entre le 15 avril et le 10 mai 1909; le malade était en observation dans l'hôpital de sa petite ville depuis le 16 mars, et la crise d'excitation avait commencé dans les premiers jours de ce mois. A sa sortie, le malade n'était plus l'hypomaniaque qu'on avait si fréquemment remis en liberté; il était déjà déprimé.

Il semble qu'avec les ans il se soit produit un certain affaiblissement des facultés mentales de notre globe-trotter. Sa mémoire est toujours excellente, mais les idées qu'il émet pendant ses périodes d'excitation ne sont pas seulement étranges ou paradoxales, elles sont souvent absurdes. D'autre part, elles revêtent fréquemment un caractère euphorique et bienveillant; ses anciennes idées de satisfaction, la bonne opinion qu'il avait de lui, sont devenues des idées de grandeur revêtant parfois un caractère d'absurdité. Aussi, lors d'un de ses derniers internements, un praticien qui le voyait pour la première fois nous l'a-t-il adressé avec un diagnostic de paralysie générale.

Voilà rapidement esquissée l'histoire morbide de notre malade. Nous n'avons pu faire une description détaillée de chacun de ses accès tant maniaques que dépressifs, c'eût été par trop fastidieux et monotone, et ce n'est pas là d'ailleurs que nous a paru résider l'intérêt de notre observation. Nous nous contenterons ici d'indiquer que pendant sa dernière période d'internement, semblable d'ailleurs aux précédentes, il s'est montré loquace, incohérent parfois; il a exercé son besoin de critique envers et contre tout le monde, se proposant d'ailleurs de tout modifier et corriger par ses propres moyens; il a annoncé l'intention de fonder une maison de retraite suffisante pour accueillir et soigner convenablement tous les aliénés de France; il a écrit au Président de la République pour lui demander l'autorisation de reprendre l'Alsace-Lorraine par le simple effet que produira son brassard tricolore lors de son prochain voyage à travers l'Allemagne vers le Japon et les Indes. Mais à cet état a rapidement fait place un état dépressif au cours duquel tous ses projets disparaissent; il se rend parfaitement compte de leur exagération et affirme qu'il est incapable d'en exécuter la moindre partie. Nous estimons n'avoir assisté qu'à la phase d'excitation maniaque, la période de manie franche ayant été traversée chez lui et pendant son séjour à l'hôpital. Là, en effet, il a tout brisé; son mobilier est en miettes; il a présenté des phénomènes d'érotisme, d'exhibitionnisme, coprolalie, etc.

Cette observation nous a paru intéressante à de multiples points de vue.

Tout d'abord, nous rappellerons l'étiologie de l'affection: le processus morbide a nettement débuté après les troubles successifs provoqués dans l'organisme par

les deux maladies infectieuses, variole et typhus, qui ont en peu de temps atteint notre malade ; la seconde de ces maladies surtout semble avoir été immédiatement suivie des premières manifestations de la psychose. La part qui revient à cet élément toxi-infectieux nous paraît être d'autant plus grande que les antécédents héréditaires, à notre connaissance, sont à peu près nuls ; ceci contrairement à ce qui se passe d'habitude, car tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître la part prépondérante de l'hérédité dans l'étiologie des psychoses périodiques.

Nous avons divisé en trois périodes l'existence de notre malade : 1° une période d'excitation simple, alternant avec de la dépression ; 2° une période dans laquelle apparaissent des accès maniaques francs suivis d'une longue période d'excitation maniaque et d'un long état dépressif ; 3° une période enfin dans laquelle l'excitation maniaque tend à disparaître et à se fondre dans des accès maniaques proprement dits. Nous appellerons aussi l'attention sur la longueur régulièrement croissante du cycle morbide complet jusqu'au moment où est atteint le type annuel et presque vernal ; sauf quelques rares modifications, ce type se maintient depuis bientôt vingt ans.

A chacune de ces trois périodes correspond une vie sociale différente ; dans la première, nous nous trouvons en présence d'un original qui, au point de vue administratif, ne pénètre jamais à l'intérieur des frontières de l'aliénation mentale.

Le développement des éléments constitutifs de cette originalité est tellement graduel et régulier qu'il n'est pas possible de fixer une date à laquelle notre sujet serait devenu un aliéné proprement dit. Dans cette première période, l'hyperactivité morbide du malade est trop fragmentée, trop fréquemment interrompue par

des états dépressifs pour qu'elle puisse se traduire en actes de longue durée et menés à bonne fin ; c'est la période des entreprises multiples et à peine ébauchées ; des affaires abandonnées au moment même où elles commençaient à prospérer ; c'est la période enfin pendant laquelle notre malade ne s'acquiert qu'une notoriété relative dans un milieu restreint, celui de sa petite ville natale ; ici, nous rappelons que ses concitoyens n'ont pas hésité à lui confier la direction des affaires publiques. Ouvrant à ce sujet une brève parenthèse, nous nous permettrons de nous demander simplement si on ne trouverait pas des éléments de même ordre pathologiques parmi les causes des succès éphémères de politiciens de bourgade ou de faubourg.

Dans la seconde période, l'excitation atteint un degré tel qu'elle devient de la manie franche et nécessite des internements multiples ; en revanche, à cette phase d'agitation désordonnée, phase dont l'importance s'accroît progressivement, succède une longue période d'hypomanie.

Pendant cette longue période, notre sujet trouve le temps d'accomplir à travers le monde entier ces formidables randonnées dont le récit, assez bref, est fait par G. G... en un volume de 500 pages. Parfois un peu sèche et monotone, cette relation devient parfois sous sa plume pleine d'observations simples, de constatations intéressantes, d'anecdotes familières. Le style de ce volume est assez simple, assez dépourvu de prétentions et contraste singulièrement avec le ton de ceux de ses écrits dont fourmillent les dossiers relatifs à ses multiples internements. On comprend sans peine que ce récit ait été fait pendant les périodes de demi-dépression ; aussi l'auteur s'y excuse-t-il du bruit qu'il fait autour de chacun de ses exploits et de la mise en scène un peu charlatanesque qu'il affectionne : « Sans doute ;

écrit-il, qu'à première vue, celui qui assiste à mes départs peut supposer que je fais un tant soit peu le charlatan en me faisant annoncer par la presse et en consentant à partir devant un nombreux public, quelquefois même au son d'une musique jouant des airs patriotiques. Mais s'ils savaient, ceux qui critiquent cette mise en scène, combien je suis favorisé par la suite de cette publicité tapageuse, de quels avantages elle est suivie pendant le cours de mes voyages, ils s'expliqueraient qu'après tout ce n'est pas toujours inutile de battre la grosse caisse en cette fin de siècle où nous vivons. Grâce à tout ce bruit, je suis reçu dans les châteaux, chez de gros personnages, des notables, des fonctionnaires qui non seulement m'accueillent avec amabilité mais encore me font visiter leur intérieur et me donnent sur les pays traversés, sur les habitants, sur les mœurs, des détails et des renseignements très utiles et que je ne pourrais certes pas me procurer seul. » Le tour est ingénieux et l'explication assez bien trouvée; mais nous savons fort bien que cette réclame, loin d'être un moyen, est en réalité un but presque exclusif, et nous l'avons assez indiqué au cours de l'observation; qu'elle ait eu les effets que nous indique G. G..., c'est indiscutable et tout comme lui nous croyons: « qu'il n'est pas toujours inutile de battre la grosse caisse »; mais n'est pas batteur de caisse qui vent.

Son livre est surtout un carnet de route et c'est surtout à ce titre qu'il nous intéresse. Il indique une puissance de marche vraiment extraordinaire. Nous y trouvons pendant des mois des étapes quotidiennes et officiellement contrôlées de 80 kilomètres en moyenne, par tous les temps et tous les chemins; parfois l'étape augmente encore et atteint même un jour le chiffre de 130 kilomètres. A aucun moment nous ne trouvons de trace de fatigue; ce déploiement de force musculaire

apparaît bien plutôt comme la satisfaction d'un besoin que comme le résultat d'un effort voulu. G. G... dort très peu ; il lui est possible après une longue étape de passer la nuit à danser aussi longtemps que les plus tenaces cavaliers et de recommencer le lendemain, sans aucune fatigue apparente, une étape aussi longue que celle qu'il aurait fournie après une excellente nuit dans un bon lit. D'ailleurs arrivé à l'étape G. G... ne se repose pas ; il parcourt la ville, fait connaissance avec de multiples personnes, visite des monuments, banquette, le tout en quelques heures ; sa verve d'hypomaniaque lui vaut la réputation d'un intarissable causeur ; parfois encore cette même verve fait de lui un conférencier ambulante assez écouté. Bref ce n'est pas seulement son activité motrice qui est augmentée et fait de formidables dépenses ; son activité psychique et verbale participent à cette excitation. Son organisme tout entier est animé de ce beau zèle et son tube digestif, assimilant fort bien la quantité énorme d'aliments qu'il absorbe, lui permet de parer à tout sans maigrir. Pendant cette période ambulatoire, en effet, G... absorbe près de trois fois plus de nourriture que pendant sa période de repos.

Parfois une exacerbation passagère redonne pour quelques jours un caractère franchement maniaque à l'activité du voyageur et rappelle sa nature morbide. Ces incidents ne sont naturellement pas relatés dans le récit de ses voyages mais sont pour nous d'une certaine importance, car ils accentuent encore le caractère de fugue maniaque que présentent à un si haut degré ces exploits de notre globe-trotter.

On a prétendu que dans les accès maniaques la force musculaire n'était pas accrue ; il nous paraît difficile de concilier cette opinion avec les résultats obtenus par notre marcheur. Habituellement, en effet, il n'est guère

possible de mesurer l'activité dépensée par un maniaque tant cette activité est désordonnée; mais dans notre cas, elle s'est dépensée suivant un mode simple et d'une mensuration facile; or nous voyons le résultat s'élever bien au-dessus, non de celui que peuvent atteindre la moyenne des hommes, mais encore de celui que pourrait atteindre notre malade à un autre moment. Demy et Camus avec l'école allemande affirment bien que, « dans les différents états maniaques il n'y a ni suractivité des fonctions organiques ni suractivité des facultés intellectuelles comme on l'admet encore assez communément ». Ils disent aussi qu'il n'y a jamais dans le syndrome maniaque de trouble hyper mais bien un trouble para de l'ensemble des fonctions psychiques et somatiques. Pour notre part, chez notre malade, il nous semble bien que si le trouble para est incontestable, le trouble hyper existe aussi et nous serions tenté de dire qu'il a présenté un trouble à la fois para et hyper pendant ses périodes d'excitation et un trouble hypo et para pendant ses périodes de dépression. Il ne nous appartient pas de dire si cette conception peut s'appliquer à des cas nombreux; nous serions cependant bien tenté de le croire.

Résumant en quelques lignes les éléments caractéristiques de notre observation, nous rappellerons que nous y trouvons une évolution régulière et progressive de la psychose circulaire ou maniaque-dépressive, suivant la classification employée; évolution caractérisée par la gravité croissante des accès et la durée toujours plus grande du cycle morbide; nous constatons, après trente-huit ans de maladie, de légères traces d'affaiblissement intellectuel, affaiblissement que l'âge du malade suffit à expliquer et qui ne permet pas d'attribuer à la psychose de G. G... une tendance propre vers la démence.



Notre malade nous paraît en outre avoir fourni un assez beau type d'activité poriomaniaque, et ses fugues sont intéressantes tant par leur ampleur que par la modalité suivant laquelle elles se sont accomplies, et aussi par la notoriété assez grande qu'elles ont valu à notre marcheur.

---

---

# Établissements d'aliénés.

---

## UNE VISITE

A LA

# COLONIE AGRICOLE D'UCHTSRINGE

Par le D<sup>r</sup> P.-L. LADAME, de Genève (1).

---

Depuis l'époque mémorable où Griesinger, mon premier maître en médecine mentale, lança son programme retentissant de réformes dans le traitement des aliénés, on a pu suivre jusqu'à nos jours, en Allemagne, la création parallèle des cliniques psychiatriques dans les villes universitaires et des colonies agricoles aux portes ouvertes dans les domaines ruraux.

L'une des premières et des plus célèbres de ces colonies, qui est devenue le modèle de beaucoup d'autres, est celle d'Alt-Scherbitz, que j'ai visitée en 1884, peu d'années après sa fondation. Parmi les plus récemment créées est celle d'Uchtspringe, dans la vieille Marche prussienne, peu connue encore des médecins suisses, puisque notre collègue, le D<sup>r</sup> Schiller, est le

---

(1) Communication faite à la Société des médecins aliénistes suisses réunis à Berne le 27 novembre 1910.

seul d'entre nous, à ce que m'a dit le professeur Alt, qui serait venu lui rendre visite. C'est la raison qui m'a déterminé à vous parler aujourd'hui de ce bel établissement, qui offre un grand intérêt, non seulement en lui-même, mais aussi par le développement extraordinaire du traitement familial des aliénés dont il est devenu le centre vigilant.

En partant de Berlin, gare de Lehrte, sur la ligne de Hanovre, après avoir traversé l'Elbe, on descend à Stendal, petite ville d'environ 15.000 habitants, chef-lieu du district d'Altmark (vieille Marche), qui fait partie de la province prussienne de Saxe, dans les sables du Brandebourg, à l'ouest de l'Elbe. La station d'Uchtspringe est à 19 kilomètres de Stendal. La colonie agricole, que je visitai en novembre 1909, a été fondée en 1894, dans la région des sources de l'Uchte, d'où elle a reçu son nom, qui peut être traduit en français par les mots : *source jaillissante de l'Uchte*.

L'origine de la création de cette colonie doit être recherchée dans la loi prussienne du 11 juillet 1891, qui remit aux Assemblées provinciales (Provincialverbande) tout ce qui concerne l'assistance des épileptiques, des aliénés et des déments. Le treizième Landtag de la province de Saxe décréta la construction du nouvel asile sur un domaine de deux cents hectares, près de la forêt de Letzlinger. L'emplacement fut choisi le long de la ligne du chemin de fer de Stendal à Hanovre, où l'on a créé une station spéciale pour l'établissement. A la descente du train je trouvai le professeur Konrad Alt, l'énergique créateur d'Uchtspringe, qui se mit aimablement à ma disposition et me fit voir à fond toutes les ressources scientifiques et thérapeutiques dont il dispose pour le traitement de ses malades dans les nombreux pavillons dont se compose la colonie.

Tous les bâtiments sont groupés le long de la voie,

ferrée, sur un espace de 350 mètres de long pour 320 mètres de large, de telle sorte qu'en quittant la station on entre immédiatement dans l'établissement. Autour du terrain réservé aux constructions, à proximité du vieux moulin de Modderkuehle, s'étend le domaine de la colonie; au sud, ce sont de riantes prairies; à l'ouest, au nord-ouest et au nord-est se trouvent les champs, tandis qu'à l'est et sur toute sa périphérie, le domaine est environné de forêts profondes de pins, se développant sur de nombreuses collines boisées.

A la fin de la première année, en 1895, il y avait 446 malades placés à la colonie. On songea dès le début à l'organisation du *traitement familial* en construisant des maisons doubles pour les employés qui seraient chargés de recevoir et de soigner chez eux des malades. On créa ainsi en quelques années un véritable petit village d'infirmiers, dont nous ferons tout à l'heure la description, avec quarante-deux places pour malades placés dans leurs familles. Dans son second rapport sur l'administration de la colonie agricole *Landes-Heil-und Pflegeanstalt*, du 1<sup>er</sup> juillet 1895 au 31 mars 1897, le Dr Alt indique déjà que le but du traitement des aliénés, à la colonie, reste dès maintenant le placement familial. Depuis la mise en vigueur de la loi du 11 juillet 1891, dont nous avons parlé, on amenait à l'asile de nombreux aliénés, éléments perturbateurs de la vie familiale et sociale qui vivaient auparavant au sein de la société. Cet afflux de malades ne tarda pas à causer l'encombrement de la colonie, où l'on comptera bientôt 1.500 malades dont près du tiers est placé dans les familles sous la direction médicale de l'établissement. Une fois que le placement familial aura été organisé partout comme il faut, dit le professeur Alt, on verra certainement décroître en Allemagne les admissions dans les asiles, comme c'est déjà le cas en Angleterre et en Écosse.

En avril 1910 la colonie agricole d'Uchtspringe renfermait :

503 hommes	389 femmes
102 garçons	63 fillettes
<u>605</u>	<u>452</u>

soit au total 1.057 internés, auxquels il faut ajouter :

167 hommes	173 femmes
20 garçons	19 fillettes
<u>197</u>	<u>192</u>

soit 389 malades placés dans les familles en dehors de l'établissement, ce qui donne un total de 1.446 malades soignés par le personnel médical de la colonie.

Outre le directeur, il y a douze médecins et un pharmacien. Chaque malade coûte par jour 1 mark 80 pfennig, y compris tous les frais généraux de l'asile. Les prix de pension pour les malades venant de la province sont de :

- 6 marks pour la première classe ;
- 3 marks pour la deuxième classe ;
- 1 mark 50 pfennigs pour la troisième classe.

Je me bornerai à vous donner ici un aperçu succinct du plan général de l'établissement et de la disposition de ses nombreuses constructions.

Dans l'axe se trouvent les divers bâtiments de l'administration. A l'ouest, sont les pavillons des hommes, au nord-ouest ceux des enfants et à l'est ceux des femmes.

- Il y a quatre types principaux de pavillons :
- a) Les hôpitaux (un pour les hommes, un pour les femmes), aménagés chacun pour cent malades ;
  - b) Les maisons pour les enfants ; deux bâtiments, chacun pour quatre-vingts malades ;
  - c) Les villas pour quarante malades de troisième classe (hommes et femmes) ;

d) Les villas pour vingt-cinq malades de première et de seconde classes.

Les villas sont du type dit « aux portes ouvertes ».

Je ne m'arrêterai pas à décrire les installations électriques, dynamos pour l'éclairage, machines à vapeur, cuisine centrale, buanderie, etc., qui répondent à toutes les exigences modernes.

L'infirmerie pour les femmes renferme une salle d'opérations, avec tous les accessoires pour l'asepsie, comme on en trouve aujourd'hui dans les meilleures cliniques chirurgicales.

Dans le pavillon de l'infirmerie des enfants sont aussi les salles d'admission avec toute l'organisation nécessaire pour l'examen physique et mental des enfants qui entrent à la colonie.

Partout on retrouve les salles d'observation continue avec un service de nuit soigneusement réglé.

Le bâtiment des réunions générales renferme une grande salle pour les fêtes et représentations, concerts, etc. Chaque année, en été, les malades, accompagnés par les infirmiers, se rendent en cortège, musique en tête, pour une fête dans la forêt, où sont préparés des jeux divers, tirage à la corde, marionnettes, chevaux de bois, équipages à ânes pour les enfants, etc.

La pharmacie, les laboratoires de chimie, de bactériologie, de sérologie (préparation des sérums pour le traitement et la prophylaxie des maladies infectieuses) sont particulièrement bien aménagés.

Avant d'arriver à Uchtspringe, je venais de passer quelques jours à la clinique psychiatrique et neurologique du professeur Ziehen, à Berlin, fondée en 1866 par Griesinger, comme on sait. Or, je fus vraiment surpris de trouver à la colonie agricole de Uchtspringe des installations et une organisation pour les recherches scientifiques et thérapeutiques qui ne laissent absolu-

ment rien à désirer. Tout y est merveilleusement préparé pour faire face aux exigences modernes des observations psychiatriques. La réaction de Wassermann, qui n'est pas encore introduite dans la plupart des asiles, se fait d'une façon courante à Uchtspringe. Les essais des différentes méthodes de sérothérapie peuvent être entrepris avec la plus grande facilité et l'on vient de faire avec plus ou moins de succès à Uchtspringe une série de tentatives de traitement des maladies nerveuses et mentales métasyphilitiques par les injections de la fameuse préparation de Ehrlich-Hata, du 606.

Les travaux remarquables qui ont été publiés depuis l'inauguration de la colonie par le Dr Alt et ses collaborateurs sont du reste bien connus et généralement appréciés par les médecins. Citons entre autres les recherches intéressantes qui ont été faites sur divers traitements de l'épilepsie, dont l'importance pratique est grande. J'ai à peine besoin d'ajouter que le *non-restraint* est pratiqué scrupuleusement dans toutes les divisions. On y fait un grand usage des bains prolongés. Je n'y ai pas vu une seule baignoire à couvercle comme on en rencontre couramment encore dans beaucoup d'asiles d'aliénés. Il n'y a pas non plus à Uchtspringe de cellules d'isolement du type classique connu. Il va sans dire que pour se passer aussi facilement et aussi complètement de tout moyen de contrainte ou d'intimidation, il faut disposer d'un personnel médical suffisant et bien hiérarchisé, et surtout d'une troupe nombreuse d'infirmiers et d'infirmières stylés militairement.

Une polyclinique à consultation externe a lieu trois fois par semaine. On y traite chaque année plusieurs centaines de malades nerveux et mentaux. Dans maints cas on a prescrit l'internement. C'est le meilleur moyen, dit Alt, de combattre les préjugés contre les asiles.

Nous arrivons à la ferme qui fournit, avec toutes ses dépendances, de nombreuses occasions pour occuper les malades aux travaux les plus variés. L'organisation de ces travaux est sensiblement analogue avec celle que j'avais vue jadis à Alt-Scherbitz et plus récemment à Gabersee, en Bavière. Pendant l'époque des grands travaux de la campagne, il y a journallement cinq à six colonnes de malades qui travaillent aux champs ou au jardinage, sous la direction d'infirmiers compétents. Un infirmier-chef surveille toutes les colonnes et se tient en rapport permanent avec le médecin de jour. Tous les samedis soir il y a conférence pour régler le travail de la semaine suivante. On compte habituellement neuf heures de travail par jour; pendant les moissons et le battage, dix heures. On dîne dehors tous les jours de beau temps, ce qui est un plaisir pour tout le monde, surtout pour les malades.

Une série de projections lumineuses que m'a fait voir M. Alt et que, grâce à son obligeance, j'ai pu présenter à la Société genevoise de patronage des aliénés, le 15 avril 1910, représentent les diverses occupations des malades.

On y voit un groupe de travailleurs hersant un champ de betteraves. D'autres font des gerbes de paille, puis les chargent sur les chars. Les uns sont au battage mécanique; d'autres battent les épis au fléau. On voit des malades pêcher dans l'Uchte. Plusieurs déchargent des wagons de houille. Pendant les deux premières années il a été déchargé 481 wagons de houille. On assiste à la construction d'une baraque. Toutes les baraques de la colonie ont été construites par les malades eux-mêmes sans secours étranger.

Les ateliers sont nombreux à la colonie et offrent des occupations variées et intéressantes à beaucoup de malades. Citons les cordonniers, les tailleurs, les me-



nisiens, les typographes, les tailleuses, blanchisseuses, etc. Tout le monde est occupé à Uchtspringe. On y considère le soin de fournir aux malades une occupation régulière et appropriée comme la tâche essentielle du médecin d'asile. Dans la chapelle il y a un service divin pour les catholiques et les protestants. L'école pour les enfants est très bien organisée.

#### ASSISTANCE FAMILIALE A UCHTSRINGE.

Après avoir cité les paroles de Griesinger sur les bienfaits de l'assistance familiale, le professeur Alt, auquel on doit surtout le développement merveilleux de ce mode de traitement des aliénés en Allemagne, fait un historique de ce développement. Il présente un tableau statistique de l'accroissement du placement familial dans la province de Saxe de 1896 à 1909, où l'on constate que de 2 malades au début, pendant la première année (1896), le chiffre de ces placements s'est élevé graduellement, et s'est accru surtout avec rapidité depuis 1901, jusqu'à atteindre aujourd'hui près de 500 malades.

On avait eu à l'ouverture de la colonie de très grandes difficultés pour recruter un personnel stable de bons infirmiers. Rares étaient ceux qui voulaient s'engager dans le nouvel asile si loin de tout, si isolé. Pour remédier à ce grave inconvénient, M. Alt proposa de créer un petit village d'infirmiers à proximité de l'asile. Le Conseil provincial en fournit les moyens. On acheta un terrain de 1 hectare, à 1 1/2 kilomètre de l'établissement. On y construisit d'abord quatre maisons doubles dont nous avons déjà parlé, chacune ayant coûté 11.700 marks. Au rez-de-chaussée une grande chambre à deux fenêtres (4<sup>m</sup>/4<sup>m</sup>25 de surface) et deux chambres à une fenêtre, plus une cuisine. A l'étage deux chambres

pour 3 malades, plus une chambre pour fumeurs et une chambre à serrer. Une cave. Des 600 mètres carrés de terrain réservés pour chaque famille, il en reste 400 pour jardin et 200 pour de petites étables (chèvres, porcs, lapins, etc). Le prix de location est compté à 50 marks par an. L'asile se charge des vêtements et du mobilier pour les malades; il paye à l'infirmier 80 pfennigs de pension par jour. Les enfants fréquentent l'école de l'asile. Le travail des adultes est au bénéfice des infirmiers.

Les premiers malades furent placés le 17 janvier 1896. Une année après on en comptait déjà 26 (16 adultes et 10 enfants) dans neuf familles d'employés. La surveillance de ces placements par le directeur et les médecins de la colonie se fait avec soin et régularité. Dès qu'un infirmier se montre incapable ou indélicat, on le renvoie immédiatement. Le cas ne s'est présenté que très rarement. Le choix des malades est fait avec une extrême prudence et toujours à l'essai au début. A la moindre alerte on fait rentrer le malade à l'asile, ce qui occasionne un va-et-vient assez rapide.

Le petit village a reçu le nom de *Wilhelmseich* (Chêne de Guillaume) lors de sa fondation, en mémoire du centenaire de l'empereur Guillaume I<sup>er</sup>, célébré le 22 mars 1897. Ce village d'infirmiers, à proximité de l'asile, est devenu un modèle qui a été imité dans d'autres établissements. Le but que l'on se proposait de retenir par là, à l'asile, de bons employés et infirmiers, a été pleinement atteint. Occupés pendant la journée dans la colonie, ils rentrent chez eux pour prendre avec leurs malades les deux principaux repas. A midi ils ont une heure et demie de repos, et cinq quarts d'heure le soir. Les infirmiers couchent à la maison une nuit sur deux, tandis que les autres employés (maîtres, ouvriers, chefs d'ateliers, etc.) y cou-

chent chaque nuit. Ils ont un dimanche libre sur trois, et tous les quinze jours un après-midi pendant la semaine. C'est ainsi qu'on a pu réaliser une véritable vie de famille. Il faut que l'infirmier mange chez lui, avec les malades, pour que cela réussisse. Mais la première et la principale condition du succès, c'est évidemment de trouver des employés honnêtes, en qui on puisse avoir pleine confiance. A la moindre indécatesse on doit les chasser. D'autre part, leur situation doit s'améliorer d'année en année. Ils ont des dépendances qui leur permettent d'élever des porcs, des poules et autres volailles, des lapins, etc; leur jardin fournit les légumes, ou même une bonne partie des pommes de terre, de sorte que la ménagère peut préparer de succulents repas. Ils prennent ainsi goût à la vie simple et saine de la campagne. Toutes ces occupations fournissent une excellente occasion de travail aux malades placés dans ces familles, où ils se sentent très heureux. Parfois au début certains malades ont la nostalgie de l'asile, mais ensuite, une fois habitués à la vie régulière de la famille et aux soins attentifs dont ils sont l'objet, ils ne voudraient plus rentrer dans l'établissement.

Une visite médicale régulière se fait de tous les malades placés en traitement familial. L'infirmier en chef contrôle le linge et les vêtements.

Située à 14 kilomètres d'Uchtspringe la petite ville de *Gardelegen*, qui ne compte pas 8.000 habitants, offrait à la direction de l'asile un terrain favorable pour le développement de l'assistance familiale. En 1902, au Congrès d'Anvers, le D<sup>r</sup> Alt annonçait qu'il y avait déjà 71 malades placés dans les familles à *Gardelegen*. L'année suivante leur nombre s'accrut à tel point que les médecins de l'asile ne pouvant plus suffire aux visites, on dut nommer pour cette inspection

un médecin spécial domicilié dans la petite ville. En 1907, il y avait 208 malades à Gardelegen, et leur nombre n'a cessé dès lors de s'accroître.

La plupart sont des faibles d'esprit, des imbéciles, des déments ou des épileptiques. On a pu constater chez le plus grand nombre de réjouissants progrès de leurs facultés mentales, que personne n'aurait osé espérer auparavant. C'est un résultat du confort matériel et moral, et surtout du travail régulier dans divers métiers, qui éveillent l'intérêt des malades et les rendent heureux de se sentir utiles. Ils montrent avec joie et fierté les ouvrages qu'ils ont réussi à confectionner. Avec de la patience et du savoir faire, lisons-nous dans les rapports auxquels nous empruntons ces intéressants détails, les paysans de la vieille Marche ont réussi à faire travailler utilement même des idiots. La présence des enfants, comme cela a été remarqué ailleurs, a exercé aussi une excellente influence sur les malades. Une idiote de quatorze ans, qui ne pouvait pas prononcer une parole, apprit petit à petit à s'exprimer par quelques mots en s'occupant assidûment d'un petit enfant.

Le village de *Neuboergitz*, plus voisin de la colonie que Gardelegen, n'avait pas paru disposé favorablement au début pour recevoir des malades. Les paysans ne se souciaient pas d'héberger chez eux des aliénés. Ils avaient des préjugés contre ces malades, ainsi qu'on le constate presque partout, héritage des anciennes superstitions. Aujourd'hui, les familles des paysans de *Neu-boergitz* sont heureuses de prendre en pension les malades qu'on veut bien leur confier depuis l'asile, car elles ont appris à connaître les avantages qu'elles pouvaient en espérer, voyant le bénéfice qu'en tiraient les habitants de la petite ville voisine.

On procède du reste avec beaucoup de prudence pour

ces placements. Dès que le malade s'agite, ou s'il présente une incompatibilité d'humeur avec son milieu familial, on le ramène immédiatement à l'asile.

Le D<sup>r</sup> Alt a remarqué qu'il ne faut pas placer au début dans les familles des personnes âgées, des femmes démentes, par exemple, qui ont leurs vieilles habitudes et qui sont désorientées et surexcitées lorsqu'on les change brusquement de milieu. D'autre part, il est constant d'observer que les familles s'habituent plus vite et plus facilement aux malades jeunes qu'aux vieux. On pourrait citer cependant des observations inverses et nous connaissons certaines familles qui préfèrent de beaucoup soigner des vieillards que des adultes ou des adolescents.

On peut distinguer trois groupes de malades placés dans les familles par l'asile d'Uchtspringe :

1° Les *convalescents* de maladies mentales qui ne font plus de progrès à l'asile et qui ont besoin d'un changement de milieu pour arriver à pleine guérison ;

2° Les *aliénés délinquants*, placés d'office comme « irresponsables », et reconnus inoffensifs, mais auxquels on ne pourrait octroyer une liberté complète. Ils sont pour ainsi dire mis « en quarantaine » dans les familles, jusqu'à ce qu'ils aient fourni la preuve, par leur conduite, qu'on pouvait les rendre sans danger à leur ancien métier et à la vie sociale ;

3° Les *cas chroniques*, auxquels convient une certaine liberté et qui n'ont plus besoin d'un traitement médical régulier, mais qui doivent encore toutefois rester sous une surveillance attentive.

Il est à peine besoin d'ajouter qu'un certain nombre de malades restent toujours insociables et ne peuvent supporter que la vie disciplinée de l'asile.

Le médecin-directeur a pu remarquer, entre autres, comme on pouvait le présumer *a priori*, que les épilep-

tiques sont réfractaires, le plus souvent, au placement familial. Il y en a un très grand nombre à la colonie agricole d'Uchtspringe, mais très peu conviennent aux familles, en raison de leur caractère irritable et impulsif. On avait essayé d'en placer quarante, mais on se vit bientôt forcé d'en interner de nouveau douze d'entre eux dans l'établissement central. Ils ne supportaient pas le régime alimentaire plus échauffant, et surtout l'alcool (le vin et la bière), dont ils sont absolument privés dans la colonie.

En tout cas, conclut M. Alt, après une expérience de plusieurs années, faite sur des centaines de malades, le placement familial a donné de bienfaisants résultats, fournissant la preuve que ces aliénés ne trouveraient pas du tout la même amélioration dans leur propre famille, comme on l'a prétendu à tort.

---

---

# Revue critique.

---

## QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

# L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS

ET SUR LE

PROJET DE RÉFORME DE LA LOI DU 30 JUIN 1838

Par le D<sup>r</sup> LUCIEN LAGRIFFE

Médecin des asiles publics d'aliénés.

---

Les études pour servir à la réforme de la loi du 30 juin 1838 sont nombreuses, et il ne faut pas se plaindre qu'elles le soient trop, car elles pourraient l'être plus encore si chacun de nous s'avisait de donner son avis sur cette question. Il y a en effet beaucoup de choses à dire à ce sujet et des plus intéressantes en dehors du point de vue toujours trop exclusivement envisagé de la liberté individuelle, laquelle n'est évidemment pas négligeable, mais ne constitue en réalité qu'une des faces du problème. Aujourd'hui, c'est toute la question de l'assistance des aliénés qui se pose; les auteurs du dernier projet voté par la Chambre l'ont bien senti sans pourtant suffisamment le marquer; si donc le hasard voulait, et il en a bien d'autres, qu'une nouvelle loi nous fût bientôt donnée, nous voudrions, à défaut d'autre chose, qu'elle fût bien précise, qu'elle résolût toutes les données du problème et qu'elle permît d'organiser définitivement et sérieusement l'assistance, le traitement et la protection des aliénés en France.

Jusqu'ici, toutes les tentatives faites pour restaurer ou pour remplacer la vieille loi de la Monarchie de Jul-

let l'ont été aux seuls points de vue de la politique et du droit. Les uns ont craint que la loi de 1838 ne permit d'assouvir certaines rancunes politiques, les autres ont agi sous le coup de la peur d'attentats possibles à la liberté individuelle par collusion. L'expérience a montré l'inanité de ces craintes, la République a présidé à l'autopsie de Sandon (voir sur cette affaire, *Annales médico-psychologiques*, juillet 1873, p. 73, « Examen médico-légal de l'affaire Sandon », par Brierre de Boismont), dont les républicains avaient pris la défense sous l'Empire ; il est vrai que comme compensation elle a accordé une pension de 3.600 francs et un capital de 12.000 francs à la princesse Hersilie, dont M. Sérieux et mon excellent ami Capgras ont dit tout récemment l'histoire suggestive (*Journal de psychologie normale et pathologique*, mai-juin 1910, « Roman et vie d'une fausse princesse »). Mais ce sont les deux seuls exemples d'internement arbitraire que l'on connaisse et l'on voit combien grande est leur valeur.

Cela prouve que la loi de 1838 donne des garanties suffisantes et que dans tous les cas, si l'on voulait prétendre contre toute vraisemblance qu'elle n'en donne pas, il faudrait rendre grâces au personnel médical des asiles d'aliénés, puisque entre les mains des membres de ce corps une loi, prétendue si mauvaise, n'a, depuis soixante-douze ans, donné naissance à aucun abus. Mais nous ne demandons pas les couronnes que personne ne songe à nous tresser, nous nous contentons de dire, en nous plaçant au seul point de vue qui intéresse les hommes politiques et les juristes, que la loi du 30 juin 1838 est une bonne loi, qui fut bien étudiée, qui fut souvent mal appliquée, mais qui n'a jamais servi aucune cause inavouable. Elle fut mal appliquée, elle est souvent mal appliquée et M. le professeur Rémond (de Metz), dans une étude récemment publiée par les Archives du professeur Lacassagne (1) parle avec raison des coutumes locales qui se sont créées dans les préfectures et qui font que, quelquefois, la loi de 1838 est

---

(1) A. Rémond (de Metz). Etude pour servir à la réforme de la loi de 1838. *Archives d'anthropologie criminelle et de médecine légale*. Septembre-octobre-novembre 1910.



interprétée au gré des chefs de division dans les attributions de qui son application rentre. Ces coutumes locales ne touchent, il est vrai, qu'à des points particuliers et elles n'altèrent en rien le caractère général et l'esprit de la loi ; elles existent et mieux vaudrait certes qu'elles n'existassent point, mais il serait injuste d'en accuser la loi elle-même. Cette loi fut votée à une époque où les préfets avaient le temps d'administrer leur département, où, par suite d'une discipline plus exacte, quoique peut-être plus avengle, le corps électoral, d'ailleurs sélectionné, n'encombrait pas les antichambres ; elle fut votée aussi à une époque où la délégation de la signature était une exception toujours précisée. Il faudrait donc, pour qu'une application de la loi de 1838 fût partout assurée d'une façon exacte, puisque le temps ni les mœurs ne permettent pas au préfet de tout voir par lui-même, que le personnel des employés de préfecture fût constitué en un cadre unique ayant à la fois une même origine et une carrière uniforme, ce à quoi on ne saurait croire combien tout le monde gagnerait. Mais encore tout ceci ne veut-il pas dire que la loi de 1838 soit mauvaise, ce que cependant il faudrait démontrer avant que de rêver d'une législation nouvelle, peut-être meilleure, mais dont il convient de se défier et qu'il conviendrait de n'admirer qu'à bon escient. Ce n'est pas que le projet voté par la Chambre des députés et actuellement pendant devant le Sénat, ne contienne des dispositions heureuses.

Justement, en voici une qui est des meilleures, c'est celle qui oblige le certificat médical de placement à être un rapport circonstancié. Nous connaissons tous la sécheresse des certificats médicaux qui nous sont actuellement présentés et qu'en cas de doute, pour les placements volontaires, il sera toujours bon de refuser ; ces certificats, nous les connaissons tous, du moins dans les asiles publics, car les directeurs de maisons de santé privées sont beaucoup plus circonspects et ils ne sauraient trop l'être dès la première minute. Il y aura bientôt dix ans, je fus appelé par la supérieure de la Maison de santé d'un de nos plus savants collègues et confrères du Sud-Ouest, homme justement estimé en France et à l'étranger pour une carrière toute d'honneur et de

travail à laquelle il est inutile de rendre hommage dans les *Annales*. Il s'agissait d'examiner une dame dont le mari demandait l'admission ; il s'était pourvu à l'avance de toutes les pièces nécessaires, sauf du certificat médical, et avait conduit sa femme à la Maison de santé grâce à un subterfuge. Cet homme, qui occupait une haute situation dans l'armée, avait connu les pires infortunes : c'était un scandale perpétuel dans la petite ville où il tenait garnison ; j'en savais par avance bien des détails, lettres anonymes, intrigues, etc. La vie devenait pour lui intenable et il était en mesure d'invoquer à l'appui de sa détermination les meilleures raisons du monde. Rapidement mis au courant, je procédai à un examen, et par mesure de précaution, pour éviter une scène fâcheuse possible de la part d'une femme qui ne savait pas encore exactement où elle était, je priai le mari de ne pas assister à l'examen ; mais, comme le mensonge est l'arme de prédilection des paranoïaques constitutionnels, je retins avec moi la religieuse. Dès l'abord, je révélai franchement à cette dame de lieu où elle se trouvait ; elle commença à récriminer violemment contre le subterfuge de son mari ; je la calmai vite en lui montrant que la colère est une image de la folie, je lui dis les raisons qui justifiaient ou semblaient justifier la conduite de son époux ; puis je l'interrogeai, je la retournai et elle me répondit aussi raisonnablement que répondent toujours les fous mœraux ; elle nia énergiquement certains faits, fournit des explications fort plausibles pour certains autres, elle avoua seulement avoir eu autrefois des craintes d'empoisonnement qu'elle mit sur le compte de la maladie et dont elle reconnut spontanément le caractère morbide. Enfin elle me parla fort posément et ne manqua pas de m'indiquer au cours de la conversation que son père était haut magistrat de Cour d'appel dans une ville du Centre. En résumé, la folie morale n'était pas douteuse, mais le cas était mauvais ; j'en tirai vite la conclusion que cette personne ne pouvait, à moins de circonstances particulières, qui n'existaient pas, être internée dans une Maison de santé privée ; j'acquis la conviction que notre savant et judicieux confrère ne garderait pas une telle malade plus de vingt-quatre heures et qu'il me saurait gré de lui

éviter la possibilité d'un ennui. Je fis donc promettre à ma cliente malgré elle de ne faire aucun reproche à son mari, car tout écart légitimerait un internement. Je revins seul vers l'officier à qui j'exposai que sa femme était vraiment une malade, atteinte de folie morale, mais que n'ayant rien pu observer directement de pathologique chez elle, je me refusais à rédiger un certificat qui ne pourrait être étayé que de ses propres dires, ce qui légalement était insuffisant; je lui expliquai au surplus que sa femme ne serait gardée dans aucune Maison de santé privée et que la seule ressource pour lui était de provoquer un internement d'office à la prochaine incartade. J'assistai au départ des deux conjoints : il fut silencieux, froid, j'ignore ce qui advint par la suite. Souvent j'ai songé à cette aventure, toujours je me suis félicité de ma décision; j'ai plaint le mari dont je n'oublierai jamais le triste départ, mais je suis persuadé que le respecté confrère ainsi frustré d'une cliente ne m'a pas su mauvais gré de cette détermination.

Quoi qu'il en soit, les certificats produits à l'appui des demandes d'admission sont donc, sauf de très rares exceptions, d'une sécheresse déconcertante, et, quand ils se mettent à être longs, ils contiennent ordinairement une énumération de symptômes qui font rêver; des praticiens de très bonne foi qui se refuseraient à rédiger une consultation d'ophtalmologie, par exemple, sous le prétexte qu'ils ne sont pas spécialistes, n'hésitent pas à rédiger une consultation de psychiatrie, comme ils acceptent aussi, sans nulle préparation préalable, une expertise médico-légale sur le même sujet. Pourquoi la psychiatrie est-elle la seule spécialité où le praticien n'avoue pas hardiment son incompetence? Je ne sais. Dans tous les cas, le rapport rendu obligatoire par le nouveau projet arrivera peut-être à le convaincre que la psychiatrie ne saurait être constituée par une macédoine de symptômes, que le diagnostic y est tout aussi souvent ardu qu'ailleurs et que, en résumé, pour savoir, il faut avoir appris.

Maintenant, que la détention dans un asile soit prescrite par l'autorité administrative ou par l'autorité judiciaire, cela ne peut rien faire à nous médecins, cela n'a

aucune espèce d'importance pratique et je dirai même que cela ne nous regarde pas ; nous ne pourrions nous y intéresser que comme peuvent le faire les citoyens d'un libre pays, l'application des lois et des règlements ne valant que ce que valent les individualités chargées de les appliquer ; la fonction ne fait rien à l'affaire, et, quelle que soit la manière de procéder, il n'en résultera aucune diminution dans le nombre des internements arbitraires puisqu'il n'y en a pas ; c'est là ce que M. G. Clemenceau a prouvé victorieusement il y a peu d'années en instituant des Commissions spéciales d'enquête qui, malgré toute leur bonne, ou leur mauvaise volonté, n'ont fait, nous le croyons du moins, aucune découverte : ces Commissions n'ont vu que des malades.

Elles n'ont vu que des malades, et ceci est à souligner, car c'est la chose dont on paraît se soucier le moins ; en effet, il s'agit en l'espèce de malades, de malades qu'il faut traiter, de malades qu'il faut guérir, d'infirmités qu'il faut protéger. Le reste importe peu et nous devons particulièrement nous enquerir des moyens de les assister et de les guérir au plus tôt. Pour cela, il n'y a pas plusieurs moyens ; le seul qui soit de mise est l'institution d'un traitement précoce et moins on prescrira de formalités pour le placement de ces malades dans le seul endroit qui leur convienne, plus tôt et plus facilement ces malades guériront et moins élevés seront à leur endroit les frais d'assistance. Qu'à l'égard de ceux qui compromettent l'ordre public et la sûreté des personnes, il soit pris des mesures administratives de conservation, fort bien. C'est là le droit et le devoir d'une administration soucieuse du bien-être de son pays ; mais si, pour traiter une maladie du cerveau, il faut nécessairement mettre en mouvement tribunal, parquet, police ou administration préfectorale, on aura beau jeu de se gausser de notre formalisme outrancier et l'on aura toutes les raisons du monde de nous demander pourquoi nous n'agissons pas de même pour les maladies du foie, des reins, du cœur et de la moelle.

Ce sont justement toutes ces formalités administratives qui éloignent parents et malades des asiles, c'est la spécialisation à outrance qui engendre cette répulsion. A cet égard, M. Rémond invoque, parmi beaucoup d'au-

tres, l'exemple si typique de son service d'observation de l'hospice de La Grave de Toulouse, où, quoique encore avec beaucoup trop de formalités administratives, on entre volontiers, parce que ce service n'est pas l'asile. J'ai déjà décrit sommairement dans les *Annales (Annales médico-psychologiques, tome I, 1909, « Précis des maladies mentales »*, par le professeur A. Rémond (de Metz), p. 493) la clinique du professeur Rémond, mais je suis persuadé que l'on entrerait encore plus volontiers dans ses salles, si son service, au lieu d'être situé à La Grave, qui est surtout le refugium des vieillards et des incurables, était à l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques, qui est l'hôpital des maladies aiguës; c'est le mot qui éloigne un peu. Au moment où s'organisa le service de mon maître M. Rémond, nous eûmes le désir d'organiser ce service de consultations gratuites qui devrait exister dans tous les asiles urbains, et comme l'hospice de La Grave est un peu excentrique, nous avons jugé préférable de donner ces consultations à l'Hôtel-Dieu. Nous fûmes obligés d'y renoncer dès les premiers jours, parce que le vieux brave homme, préposé à la police de la salle d'attente, commune pour toutes les consultations, ne manquait pas de battre le rappel dès notre arrivée et d'appeler: « Les aliénés, par ici! »; ceci suffit à faire le vide. Les consultations données ultérieurement et discrètement dans le service ont toujours été très suivies.

Tout est donc question de discrétion, et penser comme M. Dubief qu'il y aurait intérêt à placer tout malade entrant à l'infirmerie de l'asile, alors que, au surplus, il semble bizarre qu'il n'ait pas été spécifié que cette infirmerie sera une infirmerie spéciale, ne nous paraît réaliser en rien un progrès, parce que pour le public il n'y a aucune différence entre un arrêté de mise en observation et un arrêté de placement définitif, et parce que le public a raison. D'ailleurs, ce que M. Dubief demande existe déjà en fait: bien rares sont les asiles qui ne possèdent pas, plus ou moins bien organisé, mais on n'a rien pour rien, un service où sont spécialement placés en observation les malades entrants. Nous ne voyons pas l'avantage moral qu'il y aura à faire attendre un malade à l'infirmerie, si cette infirmerie est elle-même et quand même dans l'asile. Peu importe que l'interne-

ment soit prononcé plus tard ou pas du tout si en fait il a existé dès le premier moment.

Quelle que soit la solution adoptée, que les internements relèvent de l'autorité administrative ou de l'autorité judiciaire, les personnes qui auront la charge de statuer ne le pourront jamais faire que sur le vu de renseignements fournis par le médecin, et alors le meilleur et le seul moyen d'éviter toute erreur est et sera d'avoir des médecins instruits, ayant à leur disposition tout ce qu'il faut pour exercer leur profession et pour s'y perfectionner ; médecins à qui l'on ne dénierait pas le droit de donner à leurs malades des soins en rapport avec les conquêtes les plus récentes de la science et de la thérapeutique.

Le projet Dubief prévoit cependant dans son article 29 un organisme qui, théoriquement, répond à toutes les objections que l'on pourrait faire, mais qui, pratiquement, n'y peut répondre que sous certaines réserves : cet organisme est le service d'observation qui devra exister dans chaque chef-lieu judiciaire ne possédant pas déjà un asile. Arrêtons-nous à cette idée qui, en principe, répond à une vue excellente. A-t-on remarqué, pourtant, qu'il existe en France plusieurs centaines de chef-lieux judiciaires et trouvera-t-on jamais plusieurs centaines de spécialistes, à moins de les suffisamment rémunérer ? Voudrait-on par aventure ne pas confier ces services exclusivement à des spécialistes ? Or, il ne faut pas se dissimuler que le rôle du médecin dans un service d'observation est mille fois plus délicat et plus difficile que dans le service ordinaire d'asile. Pour opérer ce triage auquel pense M. Dubief, pour se prononcer dans les cas douteux, pour dépister la maladie qui commence, il est grandement insuffisant de n'avoir que des notions vagues de psychiatrie. Peut-être, après tout, cette remarque paraîtra-t-elle nouvelle aux individus incompetents qui se figurent que le premier praticien venu saura faire convenablement ce triage ; mais c'est dans ces services d'observation que viendront se faire soigner les curables, ceux à qui l'on peut et l'on doit éviter l'internement ; or, pour traiter des aliénés, je dis traiter et non garder, il faut être aliéniste et aliéniste consommé ; d'où il découle que si l'on veut que

les services d'observation ne donnent pas de déboires, il faudra les placer sous la direction des meilleurs d'entre nous. Maintenant, M. Dubief a-t-il songé à ce que cela coûtera ? Il n'est pas douteux qu'il n'y a pas songé et certainement il a pensé qu'un quelconque des médecins du lieu assurera le service pour une minime indemnité annuelle. Mais, pour quelques centaines de francs par an, on peut être assuré qu'on ne trouvera pas de spécialistes, car nous sommes essentiellement des spécialistes sans clientèle ; en effet, il n'est pas entré dans les mœurs qu'on nous consulte ; alors, si les malades du service d'observation sont vraiment observés, ils le seront bien plutôt par l'entourage hospitalier que par le médecin. Dans ces conditions, nous préférons, et de beaucoup, le système actuel ; car autant que nous le pouvons et autant que quiconque le peut avec une organisation aussi défectueuse, nous soignons nos malades, et si ceux-ci, trop anciennement atteints, internés trop tard et en même temps trop nombreux, ne peuvent tous être guéris, du moins en guérissons-nous quelques-uns, ce qui est déjà quelque chose. Que sera-ce donc lorsque, provenant des fameux services d'observation, ils nous arriveront complètement déçus par suite d'un manque prolongé de soins ou par suite de soins, sinon inintelligents, du moins mal appropriés ?

L'asile urbain que représenterait en raccourci le service d'observation serait une création très heureuse, mais seulement dans des conditions de lieu pas partout réalisables en France, où, grâce à Paris, toute la province meurt ; par exemple, dans de grandes villes, il y en a tout au plus cinq ou six, dans des villes d'Université. Mais dans une petite ville anémiée et somnolente, ce qui est malheureusement le cas de la plupart de nos préfectures et de nos sous-préfectures, chefs-lieux d'arrondissement judiciaire, un tel service ne serait qu'une reculade de la loi du 30 juin 1838. C'est là en effet une organisation qui ne peut et ne doit être tentée que dans les seules villes où l'on trouvera, le département aidant, et les départements commencent à trouver bien lourds les frais d'assistance, la possibilité de doter de tels services de tous les éléments matériels et moraux que nécessitent non seulement l'observation, mais encore le

traitement rationnel des aliénés. Il faut reconnaître, parce que cela est, que de telles villes sont et seront la très grande exception. Si l'on doit recommencer à l'endroit des services d'observation la comédie qui se joue depuis soixante-dix ans dans le cadre de l'assistance des aliénés : construction de casernes coûteuses avec remise aux calendes grecques de toute la partie scientifique de l'œuvre, prix de journée lamentables, marchandage des améliorations indispensables, voici une expérience dont il vaudra mieux ne pas nous leurrer. Malgré quoi, si l'observation faite pendant trois quarts de siècle nous enseigne que rares sont les régions de notre pays où l'assistance des aliénés n'est pas un perpétuel devenir, il serait pourtant injuste qu'une loi nouvelle ne permit pas à ces régions de faire ce dont elles sont capables. Mais il appartiendrait au Comité des inspecteurs généraux, que, dans de telles circonstances, nous voudrions voir doublé d'un Comité d'aliénistes connus par leurs recherches *scientifiques*, de s'entourer de toutes les garanties désirables ; c'est-à-dire de rechercher si ces services seront, non seulement administrativement conformes à toutes les exigences, mais encore et surtout scientifiquement aptes à donner toutes garanties : personnels médical et de surveillance, compétents et préparés à une telle mission, moyens de recherches, laboratoires avec instruments, cabinets d'examen, etc. Toutes choses, surtout les dernières, dont aujourd'hui on se préoccupe le moins ; une enquête à ce sujet, dans tous les asiles de France, serait passablement suggestive.

En réalité et c'est bien là, croyons-nous, qu'est toute la question, le grand tort de l'assistance des aliénés en France est, et a été, de vouloir à toute force être bridée, bordée, délimitée par des lois et des règlements tracassiers et outranciers, et de s'être profondément désintéressée de tout ce qui n'était pas prévu par ces lois et ces règlements. Des progrès immenses ont été faits, des découvertes géniales ont été réalisées, on a trouvé superflu d'en faire profiter des malades qui n'ont pas pour habitude de se plaindre et dont les plaintes sont toujours litigieuses. Nos anciens d'il y a cinquante ans, se levant de leurs tombeaux, pourraient revenir faire aujourd'hui, demain, leur visite d'autrefois, ils retrou-



veraient à peine changés les lieux qu'ils parcoururent tant de fois, ils y seraient encore chez eux et je gage qu'ils n'éprouveraient aucun étonnement. Imaginez, maintenant, la visite dans un de nos plus petits hôpitaux de France d'un médecin mort avant la guerre ou à peu près. Le contraste que nous verrions est l'image de nos erreurs. L'assistance aux aliénés, complètement paralysée, n'a pu en aucune façon profiter de l'expérience acquise; elle a toujours été empêchée de considérer les aliénés comme autre chose que comme des malades spéciaux. Certes, il est bien évident qu'administrativement, les aliénés sont des malades d'une espèce particulière et que nécessairement l'Etat doit se préoccuper de leur assurer une protection dont ils sont désormais incapables de faire valablement les frais. Mais l'Etat leur doit surtout une protection discrète, moins bruyante. L'Etat veut aller trop loin puisqu'il va plus loin encore que nos codes, lesquels considèrent la capacité des aliénés, j'entends leur capacité civile, non pas comme irrémédiablement nulle, mais simplement comme litigieuse et qui, avec raison, ne jugent que des questions d'espèces. Mais quelle que soit l'opinion qu'administrativement on peut avoir sur les aliénés, et nous reviendrons plus loin, quoique d'une façon indirecte, sur cette question, on oublie trop souvent qu'il y a un point de vue médical qui devrait primer tous les autres et que, médicalement, les aliénés sont des malades: peu importe l'organe malade, ce sont avant tout des malades qu'il faut traiter et pour lesquels il faut faire exactement la même chose que l'on fait pour les autres malades.

Il faudrait donc, si toutefois il est reconnu que notre système actuel d'assistance aux malades et incurables a donné les preuves suffisantes d'un fonctionnement rationnel, adopter vis-à-vis des maladies du cerveau une attitude semblable à celle qui, à l'égard des maladies des autres viscères, n'a donné lieu à aucun mécompte. Il faut se bien persuader que le jour où les aliénés seront traités à l'égal des autres malades la réprobation plus ou moins justifiée qui s'attache malheureusement encore aux asiles cessera. Or, chez les malades du cerveau, on trouve des aigus et des chroniques, ce qui, on l'avouera,

n'a rien de spécial aux affections de cet organe ; on rencontre aussi, et cela seul constitue une particularité, des malades destructeurs ; enfin à côté des malades qui volontiers se laissent soigner, ils sont plus nombreux qu'on ne croit, on observe des malades qui rejettent toute contrainte et qui, cependant, en raison du danger qu'ils représentent, doivent être maintenus à l'abri des excitations extérieures. Comme les tribunaux sont seuls juges de la capacité des individus, l'intervention judiciaire ne devrait se produire, conjointement ou non avec l'intervention administrative, qu'à l'égard des aliénés qui refusent de se laisser soigner, à l'égard aussi de ceux qui représentent un danger évident ; quant à l'autorité administrative elle ne devrait intervenir qu'à l'égard seulement des individus que la chronicité de leur mal fait une obligation d'assister jusqu'à la fin de leur existence ; à part ces cas, on devrait entrer dans les asiles aussi facilement et aussi discrètement qu'on entre à l'hôpital.

Nous avons dit plus haut que parmi les malades du cerveau, il y a des aigus et des chroniques, des destructeurs et des malades exigeant une surveillance spéciale. Cette simple distinction montre l'erreur considérable qui a été commise lors de la fixation d'un prix de journée unique. Je veux bien que ce prix de journée ait été à l'origine considéré comme un prix de journée moyen ; encore était-ce à une époque où, malgré toutes sortes de protestations bienveillantes, on se préoccupait presque uniquement de garder les aliénés ; mais ce prix de journée est tellement bas, il représente si justement les frais d'entretien qu'on ne peut matériellement plus enlever à l'un pour donner à l'autre sans commettre une injustice qui sauterait immédiatement aux yeux ; aussi s'est-il établi corrélativement l'usage d'un traitement moyen qui n'est jamais trop pour les uns, mais qui est toujours pas assez pour les autres. Il aurait donc fallu et il faudrait, et c'est assurément cela qu'il faudra que l'on fasse un jour, non pas un prix de journée unique, mais une échelle de prix, cette échelle dût-elle revêtir la simplicité de celle qui est d'usage dans les hôpitaux généraux où la journée d'un malade aigu est évaluée à un taux beaucoup plus élevé que celle d'un chronique et

d'un incurable. Il faudrait, en résumé, calquer l'organisation des asiles d'aliénés sur celle des hôpitaux, de manière que l'asile devienne véritablement un hôpital et que l'on puisse traiter enfin les aliénés comme on traite les malades ordinaires.

On sait que les entrepreneurs des prisons doivent prendre à leur charge certains frais d'entretien concernant le personnel des gardiens, et que, parmi ces frais, figurent ceux occasionnés par la maladie et le traitement à l'hôpital; or, il y a quelques mois, j'ai vu entrer dans un asile, atteint d'un délire aigu dont l'issue fut mortelle, un gardien de prison pour lequel l'entrepreneur refusa d'acquitter les frais d'internement, sous prétexte que la folie n'est pas une maladie, ni l'asile un hôpital. Le plus curieux de ce cas, est que l'administration départementale ne fit aucune objection à cette étrange manière de voir et consentit à prendre les frais à sa charge.

Il y a donc, et ce dernier exemple le montre bien, tout un état d'esprit à réformer. Voici par conséquent quelle serait, dans les services d'assistance, l'odyssée de l'aliéné moyen considéré enfin comme un malade: le malade est conduit à l'hôpital spécial, le médecin l'examine immédiatement, le reconnaît pour un des siens; s'il constate que l'affection est chronique, il le dirige aussitôt sur le service *ad hoc*; s'il a un doute ou diagnostique une psychose aiguë, il le fait entrer dans le service des malades à observer et des aigus. Dans les vingt-quatre heures, il donne avis au préfet de l'entrée de ce malade dans tel ou tel service et le préfet, à son tour, répartit la dépense, comme il l'entend, et ceci ne nous regarde pas. Le prix de journée du service des aigus et des malades en observation serait d'ailleurs assez élevé, de 2 à 3 francs suivant les régions; il faut, en effet, pour soigner convenablement ces malades, un personnel nombreux et instruit, un laboratoire muni des appareils, instruments et réactifs nécessaires, un service d'hydrothérapie conforme aux données modernes, un service d'électrodiagnostic et d'électrothérapie, un service sérieux et contrôlé de veille, des chambres d'isolement, etc., etc. De quinze en quinze jours, le médecin rend compte au préfet de l'état du malade, et au

moment où il sort guéri, il en donne aussi avis. Si cependant, au moment où la guérison est assurée, l'isolement est encore nécessaire pendant quelque temps, le médecin en donne avis au préfet et, pour ce malade devenu convalescent, le prix de journée peut alors être abaissé. Si, après un certain temps, qu'il faudrait d'ailleurs fixer pour éviter certains abus qui ne manqueraient pas de se produire et en dehors duquel il n'y aurait que des questions d'espèces, le médecin déclare que la maladie est devenue chronique, le malade, quittant le premier service, passe dans celui des chroniques où le prix de journée est de beaucoup moins élevé. Enfin, s'il est destructeur ou si le danger qu'il représente exige une surveillance plus étroite et plus active, il passe encore dans un autre quartier où le prix de journée est porté à un taux plus élevé que celui affecté aux convalescents et aux chroniques tranquilles. Naturellement, en dehors des cas où le malade n'a pu être conduit à l'hôpital spécial que grâce à un ordre de l'autorité, le médecin conserve la faculté, que lui donne déjà, dans certaines circonstances, l'article 14 de la loi du 30 juin 1838, de provoquer au cours du traitement un arrêté d'internement si le malade est dangereux, difficile, ou s'il refuse de se soumettre au traitement et de demeurer dans le service. L'autorité chargée de prendre cet arrêté procède alors à une enquête et provoque des témoignages avant de se déterminer.

On pourrait, dans ces conditions, imaginer par exemple quatre prix de journée différents et correspondant aux divers quartiers d'un même établissement ou à des établissements séparés :

1° Prix de journée pour malades aigus et en observation ;

2° Prix de journée pour malades chroniques dangereux ;

3° Prix de journée pour malades chroniques destructeurs ;

4° Prix de journée pour malades chroniques et pour convalescents.

Tout l'effort thérapeutique pouvant ainsi se porter immédiatement sur les malades curables, il en résulterait une diminution très notable du séjour et aussi une

diminution non moins appréciable dans la quantité des chroniques et des déments ; car, le nombre de ces derniers ne serait plus grossi de tous ceux dont la guérison est retardée ou empêchée aujourd'hui parce que nos moyens actuels d'assistance ne nous permettent pas de faire pour eux tout ce que nous voudrions. On peut donc affirmer qu'un moment viendrait où, malgré l'augmentation des frais occasionnée par une catégorisation effective des malades, les sommes destinées à l'assistance de ces malades ne s'accroîtraient plus dans des proportions aussi considérables que celles dont elles s'accroissent depuis plusieurs années et qu'il en résulterait, après des tâtonnements inévitables et une période d'attente dont la longueur ne diminuerait pas l'intérêt d'une telle réforme, une économie réelle. Mais lors même les charges seraient-elles augmentées, ce que je ne crois pas et ce qui n'est pas vraisemblable, alors seulement nous pourrions avoir véritablement la prétention d'assister nos aliénés, et notre assistance aux maladies du cerveau ne serait plus le monument hétérogène que l'on sait : plaqué d'une belle façade, d'une trop belle façade, constituée par certains asiles de la Seine, ceux que l'on montre, cachant certaines épouvantables enfermeries de province, que l'on ne montre pas et dont il semble que personne, sauf leurs malheureux administrateurs et leurs malheureux médecins, ne soupçonne la lamentable situation.

En reprenant par conséquent, et sous une autre face, plus administrative en quelque sorte, le système préconisé par M. Rémond, nous imaginerions l'assistance départementale de la façon suivante :

Au chef-lieu et en ville, un service d'observation, d'aigus et de convalescents, largement organisé, largement pourvu, doté du personnel médical habituel des asiles ; à la campagne, près ou loin du chef-lieu, suivant des considérations économiques variables avec les départements, l'asile pour malades dangereux et pour chroniques, malades à internement très long ou définitif, soumis plus particulièrement aux règles que l'on veut très étroites pour un asile d'aliénés et dont le service médical pourrait être assuré par un ou plusieurs médecins pris en dehors du cadre, non soumis à la rési-

dence, astreints seulement à une visite générale journalière et secondés par des internes résidents. A moins, ce qui serait évidemment préférable, que les asiles de chroniques et de dangereux ne fussent confiés aux médecins-adjoints actuels devenus alors et enfin chefs de service et pour lesquels le passage dans un service de chef-lieu constituerait un avancement normal. Le médecin chef de service du chef-lieu deviendrait de toutes façons, pour le département, chef du service des aliénés et assurerait une inspection régulière du ou des services de chroniques et de dangereux ; il centraliserait tous les documents concernant l'assistance des aliénés du département.

Naturellement, le préfet, représentant direct du ministre de l'Intérieur et ordonnateur des finances départementales, aurait la haute main sur les services et conserverait son droit de visite non seulement à l'égard des individus qui auraient été l'objet d'une mesure administrative ou judiciaire, c'est-à-dire d'un arrêté d'internement, mais encore à l'égard des autres, la sollicitude des magistrats ne pouvant plus s'exercer, hors les cas de droit commun, qu'à l'endroit des premiers.

L'arrêté de placement ne devrait donc plus être considéré, à notre avis, que comme une mesure exceptionnelle et d'extrême rigueur ; et, le jour où les formalités auront été simplifiées au point de devenir inutiles pour les malades qui se laisseront facilement traiter, le jour où l'entrée dans un service d'aliénés deviendra aussi facile que l'entrée dans un service quelconque d'hôpital, on verra diminuer très notablement le nombre des récalcitrants ; les familles mieux assurées du secret et de la discrétion et les malades eux-mêmes voyant disparaître tout appareil de contrainte, n'auront plus à l'endroit des asiles d'aliénés cette méfiance, cette répulsion qui s'attachent à nos maisons actuelles. A ce moment, la question du traitement familial des aliénés, dont le droit n'aurait jamais dû être contesté, car quelques erreurs ne prouvent rien contre la liberté des familles, mais seulement, peut-être, contre les défaillances de certains tribunaux, ne se posera plus, non plus que l'internement déguisé dans certaines cliniques de neurologie ; la possibilité d'une absence de formalités, le caractère plus

hospitalier et moins pénitentiaire des services centraux d'observation, de tri et de traitement inviteront les familles à nous confier plus volontiers leurs malades et leur assureront d'une manière plus effective un secret qui, aujourd'hui, grâce à la filière nécessaire, n'est jamais que celui de polichinelle; le placement ne sera plus, comme à l'heure actuelle, une mesure extrême dont on retarde toujours l'échéance, mais au contraire deviendra une mesure de première nécessité, et l'on évitera ainsi bien des scandales causés et des crimes commis par les aliénés en liberté.

Pour familiariser le public avec le service des aliénés, la consultation gratuite pour les affections du cerveau est une mesure dont l'usage devrait se généraliser, qu'il serait urgent d'instituer partout et qui présenterait cet avantage, capital aux yeux de certains, de n'entraîner aucun supplément de dépenses; ces consultations permettraient de donner d'utiles conseils d'hygiène, d'instituer un traitement précoce, de prévenir certaines formes de folie; elles permettraient aux aliénistes de profession et de carrière d'entrer en rapport plus intime avec le grand public, qui, parce qu'il ne les connaît pas, les juge mal.

Maintenant, faut-il, dans l'organisation telle que nous la comprenons, réserver une place pour des asiles de sûreté? C'est là une question extrêmement controversée; elle a été particulièrement bien étudiée en Italie, où la science manicomiale et la science pénitentiaire ont fait de si grands progrès. Or, la vérité nous oblige de dire que ce système des asiles de sûreté est, pour de bonnes raisons, généralement rejeté. Il faut reconnaître, en premier lieu, que le crime, au cours de l'aliénation mentale, n'est qu'un accident, et il serait puéril de s'effrayer de voir des assassins confondus dans un même quartier d'asile avec d'autres malades. En effet, les autres malades, placés dans les mêmes circonstances, eussent probablement et pour la plupart agi de même, et l'absence de criminalité tient presque toujours chez eux à ce fait qu'ils ont bénéficié d'un internement précoce ou que l'occasion de réagir violemment leur a manqué. En 1902, je fus appelé à examiner un jeune étudiant en médecine présentant un

délire très intense de persécution familiale avec préoccupations hypocondriaques probablement symptomatique de démence précoce; il y avait eu des menaces fort graves à l'égard d'un parent, le jeune malade était livré à lui-même et laissé très libre par des parents âgés et faibles. Je considérai le cas comme particulièrement grave et j'insistai très vivement auprès de la famille pour un internement immédiat. Certaines circonstances firent que mon conseil, d'abord très écouté, ne fut pas suivi. Malgré un certificat très circonstancié, le malade, soumis à des obligations militaires, fut même incorporé, d'ailleurs bientôt envoyé en observation à l'hôpital militaire et réformé. Un an après ma première visite, pendant le déjeuner familial, ce malheureux aliéné tua froidement, d'un coup de revolver, son beau-frère arrivé de la veille et qu'il considérait comme son principal persécuteur; il fut alors interné, et il est évident que si mon conseil avait été suivi, le malade ne serait jamais devenu criminel. C'est dans ce sens qu'il n'y a pas d'aliénés criminels: le crime est un des symptômes de la maladie et tous les aliénés sont virtuellement dangereux; il n'y a donc aucune raison valable de faire des aliénés devenus criminels une classe particulière. Les aliénistes italiens ont surtout attiré l'attention sur le danger que représenterait l'agglomération en un point donné d'individus plus particulièrement dangereux, violents et impulsifs, aptes à tramer des complots; l'expérience d'un de ces asiles de sûreté, tentée en 1900 à Düren, a abouti à un désastre et n'a pu être prolongée au delà de trois ans. Toutes ces craintes et tous ces faits ont conduit nos collègues d'outre-monts à n'admettre l'asile de sûreté que comme une simple annexe de prison. Cette manière de voir tient surtout cependant à ce que, quand on parle d'asile de sûreté, on a particulièrement en vue les fous moraux, les paranoïaques larvés et non délirants qui sont la plaie des asiles et de la Société. Il est évident que parmi ces fous moraux il en est un certain nombre dont la place n'est pas dans l'asile, qui logiquement pourraient et devraient être assistés dans les prisons et dans les bagnes; qu'on ne se récrie pas trop vite contre ceci, qui va paraître une énormité, car nous ajoutons



aussitôt comme correctif : mais il faudrait alors, comme corollaire, que notre système pénitentiaire fût entièrement révisé, qu'il abandonnât plus volontiers son caractère pénal et qu'il tendît surtout au redressement.

Ceci n'est pas pour verser dans cet humanitarisme fâcheux dont nous commençons à sentir le poids écrasant et dont beaucoup, par expérience, commencent à revenir. Mais il faudrait que les peines y fussent utilement appliquées, qu'elles fussent subordonnées moins à la nature du fait qu'à celle de l'individu et que par suite ces peines ne fussent pas fixées à l'avance ; tel voleur, par exemple, pourra être, non pas corrigé, mais redressé, par un mois de prison, qui a agi dans des circonstances analogues à celles de tel autre voleur qui ne pourra être redressé qu'après une plus longue incarcération. Il faudrait donc qu'après un jugement du fait, l'individu reconnu coupable et condamné sans limites, fût observé pendant un certain temps, fût soumis à une sorte de redressement dont nous n'avons pas à exposer ici les moyens, et qu'au moment où les personnes compétentes auraient déclaré le redressement suffisant, un nouveau jugement décidât de la fin de la peine, soit d'une manière absolue, soit conditionnellement. Ces personnes compétentes seraient les médecins de prisons recrutés d'une manière un peu différente de celle d'aujourd'hui, attachés et intéressés à cette tâche nouvelle et aidés dans leur ministère par les magistrats du parquet. Les prisons devenant alors, non plus des enfermements, mais des lieux de redressement et d'assainissement moral, seraient le refuge tout trouvé des fous moraux dont nous parlions plus haut, paranoïaques que l'asile ne corrigera jamais et envers qui l'on doit user d'une sévérité et d'une discipline que le milieu manicomial ne peut vraiment pas assurer. Il ne se trouverait plus comme aujourd'hui que certains individus ne peuvent pas supporter la prison, puisque le traitement pourrait désormais y être gradué et appliqué d'une manière en quelque sorte individuelle.

Pour les autres aliénés, que seule l'occasion a conduits au crime, la dilution par les malades inoffensifs ne présente d'inconvénients ni pour les uns, ni pour les

autres et elle ne peut pas en présenter, parce qu'il ne s'agit, dans les deux cas, que de malades.

Nous sommes heureux de nous rencontrer sur ces différents points avec notre excellent maître M. Rémond, et de l'occasion que nous fournit son intéressant travail de mettre au jour certaines idées dont le caractère particulier, et peut-être révolutionnaire, tient à notre long stage dans un service qui constitue depuis douze ans une tentative extrêmement curieuse d'observation et de traitement des aliénés. Quelles que soient les surprises que l'avenir nous réserve, la *Clinique d'observation des maladies mentales de l'Université de Toulouse* aura sa place marquée dans l'histoire de l'assistance des aliénés en France; aussi est-ce pour nous un plaisir toujours nouveau d'en parler et de la faire connaître aux lecteurs des *Annales médico-psychologiques*.

Mais ce n'est pas seulement sa connaissance profonde de l'Allemagne qui a permis au professeur Rémond de réaliser une institution aussi utile et aussi curieuse; sa ténacité, sa connaissance profonde des hommes et des choses, son savoir-faire n'y ont pas nui; il a su en même temps transporter dans le domaine pratique les idées de nos illustres anciens des asiles, et il a eu la bonne fortune de pouvoir le faire dans la petite patrie d'Esquirol, qui fut presque aussi celle de Pinel.

Quoi qu'il en soit, et tout en admirant profondément l'œuvre accomplie jusqu'à ce jour, nous ne devons pas oublier que dans ses applications la science est toujours en perpétuel devenir: l'absolu, comme le bonheur, fuit devant les hommes; mais il n'est pas toujours sans profit de regarder de temps à autre derrière soi: on y retrouve souvent l'expression de certains désirs que des hommes d'autrefois, et qui comme nous furent jeunes, ont consigné dans des travaux que le flot montant de la prolixité actuelle exile sur les derniers rayons de nos bibliothèques. Ouvrez Parchappe (*Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*; Paris, Masson, 1853), et vous y trouverez l'essence de la partie principale de cette revue et sa conclusion: « *Les asiles d'aliénés doivent être, surtout et avant tout, des maisons de traitement curatif à la*

*manière des hôpitaux... Partout et pour tous, en fondant un asile d'aliénés, il s'agit principalement de réaliser et de réunir, dans un établissement de nature hospitalière, toutes les conditions matérielles et morales qui peuvent concourir à assurer à des malades privés de la raison les secours d'un traitement curatif, les bienfaits d'un refuge protecteur et consolateur. » On ne saurait mieux dire ; il est bon quelquefois de faire de l'histoire, mais, comme disait Albert Vandal, « l'histoire manquerait à son but, si elle ne cherchait dans le passé des avis et des leçons ».*

Asile d'Auxerre, décembre 1910.

---

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1910

Présidence de M. ARNAUD

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

MM. Buvat, Capgras, Delmas, Dupouy, Fillassier, Marchand, Rayneau, membres correspondants, assistent à la séance.

*A propos du procès-verbal.*

M. TRÉNEL, pour donner plus de précision à ce qu'il a dit à la dernière séance, tient à ajouter que « le nouveau Code civil allemand reconnaît comme cause de divorce l'aliénation mentale, si la maladie a atteint un degré tel que la communauté mentale entre les époux a cessé et que tout espoir de rétablissement de celle-ci a disparu ». Le terme d'incurabilité n'est donc pas inscrit dans la loi.

*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de candidature aux trois places vacantes de membre titulaire, de MM. Bonnet, Capgras, René Charpentier, Marchand et Vurpas ;

2° Une lettre de M. Moïses Martin Claveria, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Saragosse, qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Séglas, Semelaigne et Dupain, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° *La pathologie du langage* ; par M. Erwin Stransky ;
- 2° *L'hémiplégie douloureuse et le syndrome thala-*

*mique de Déjerine-Roussy*; — *L'idiotie amaurotique familiale*; — *La paralysie périodique familiale*; — *La nécropathie familiale*; — *La chorée hémiplegique*; — *Le problème sexuel*; — *Le problème héréditaire*; par M. R. Massalongho;

3° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéro de novembre 1910.

### *Mort de M. Hospital.*

M. ARNAUD. — Messieurs, j'ai le regret de vous annoncer la mort de M. le D<sup>r</sup> Hospital, ancien médecin en chef de l'asile d'aliénés de Clermont-Ferrand. M. Hospital était un de nos plus anciens membres correspondants; il avait été élu le 27 mai 1872. Ses nombreux travaux dont la plupart ont paru dans les *Annales médico-psychologiques*, sont connus de vous. C'était un esprit distingué et un médecin consciencieux, dévoué à ses malades. Nous lui adressons ici un dernier hommage, et nous chargeons M. le Secrétaire-général d'être notre interprète auprès de sa famille pour lui exprimer nos sincères regrets et nos profonds sentiments de condoléances.

### *Rapport de la Commission des finances.*

M. SEMELAIGNE. — Messieurs, l'avoir de notre Société,	
au 31 décembre 1909, était de . . . . .	Fr. 4.899 69
Les recettes en 1910 ont été de . . . . .	3.102 20
Total . . . . .	Fr. 8.001 89
Les dépenses ont été de . . . . .	2.782 95
Reste un excédent global de . . . . .	5.218 94
se décomposant ainsi :	
Société médico-psychologique . . . . .	580 84
Prix Aubanel . . . . .	2.511 60
Prix Belhomme . . . . .	1.600 »
Prix Moreau (de Tours). . . . .	300 »
Prix Christian . . . . .	226 50
Total . . . . .	Fr. 5.218 94

formant l'actif en caisse.

Quant aux rentes dont dispose annuellement la Société, elle se décompose ainsi :

Rentes de la Société médico-psychologique . .	566	»
Rentes du prix Aubanel. . . . .	800	»
— — Belhomme. . . . .	300	»
— — Moreau (de Tours). . . . .	100	»
— — Christian . . . . .	302	»

Le legs Christian nous a mis en possession, comme vous le voyez, d'une rente de 302 francs; si nous n'avons indiqué, comme recette, que 226 fr. 50, c'est que l'entrée en jouissance ne date que du 1<sup>er</sup> avril 1910.

Votre Commission vous propose d'accepter les comptes de l'année 1910, et de voter des remerciements à notre trésorier.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées à l'unanimité des membres présents, et des félicitations votées au Trésorier.

#### *Election du Bureau de 1911.*

Il est procédé à l'élection du Bureau de 1911.

M. KLIPPEL est, à l'unanimité des votants, élu vice-président, en remplacement de M. Sérieux qui passe à la présidence.

M. RITTI est élu secrétaire-général, à l'unanimité.

Il est ensuite procédé à l'élection des secrétaires des séances.

M. Vigouroux ayant fait connaître qu'il retirait sa candidature, la Société lui exprime les bien vifs regrets que lui cause sa décision et lui témoigne ses meilleurs sentiments de cordiale sympathie en le remerciant des services rendus.

MM. DUPAIN et JUQUELIER sont élus à l'unanimité secrétaires des séances.

M. PACTET est réélu trésorier à l'unanimité.

M. BOISSIER est prorogé, par acclamation, dans ses fonctions de bibliothécaire-archiviste.

Le *Conseil de famille* se compose des membres du bureau et des deux derniers présidents : MM. LEGRAS et ARNAUD.

Le Comité de publication est composé de MM. BLIN, BRIAND et POTTIER.

Le Comité des finances se compose de MM. VALLON et SEMELAIGNE.

### *Election de la Commission des membres titulaires.*

Il est procédé au vote pour la nomination des membres de la Commission chargée d'examiner les titres des candidats aux trois places, déclarées vacantes, de membre titulaire.

Le dépouillement du scrutin donne les résultats suivants :

Votants : 29

MM. Briand . . . . .	28	voix.
Semelaigne . . . . .	28	—
Vallon . . . . .	28	—
Legras . . . . .	27	—
Juquelier . . . . .	26	—
Lwoff . . . . .	1	—
Séglas . . . . .	1	—
Sérieux . . . . .	1	—
Bulletin blanc . . . . .	1	

En conséquence, la Commission se compose de MM. Briand, Juquelier, Legras, Semelaigne et Vallon.

### *Rapports de candidatures.*

M. JUQUELIER. — Messieurs, M. le D<sup>r</sup> Belletrud, directeur médecin de l'hôpital des maladies mentales du Var, a désiré faire partie de la Société médico-psychologique à titre de membre correspondant; votre Commission composée de MM. Dapain, Vigouroux et Juquelier, rapporteur, vous prie, bien entendu de donner satisfaction à ce très distingué confrère. Il ne reste plus au rapporteur que l'agréable devoir de rappeler devant vous quelques-uns des nombreux et intéressants travaux de M. le D<sup>r</sup> Belletrud.

Médecin en chef au Mans, puis directeur-médecin à Pierrefeu, M. Belletrud a, dans ces deux postes, et pour le plus grand bénéfice des malades confiés à ses soins,

donné la mesure de ses qualités de savant, de praticien et d'administrateur.

Au Mans, il fut chargé de créer, puis de diriger un laboratoire départemental de recherches cliniques et bactériologiques, dont profitèrent largement les services médicaux dépendant de la Préfecture, le service de santé militaire et les médecins de la région. Le D<sup>r</sup> Belletrud consacrait beaucoup de temps et de soins à ce laboratoire, sans, pour cela, négliger dans son service d'asile, la recherche des observations cliniques ou anatomiques méritant d'être publiées. Une simple énumération de titres, pour cette première étape, vous indiquera bien la diversité et l'intérêt de préoccupations scientifiques de M. Belletrud :

Deux observations d'anomalies de l'écorce cérébrale chez les paralytiques généraux;

Reins sondés par leur extrémité inférieure (*Société scientifique de médecine de l'Ouest*, 7 juillet 1893);

Rapport sur les vaccinations et revaccinations dans la Sarthe, pour 1895, avec recherches bactériologiques (Médaille d'argent de l'Académie de médecine);

Rapports sur les travaux du laboratoire départemental de bactériologie de la Sarthe (Le Mans, 1896).

A Pierrefeu, notre confrère, soit seul, soit en collaboration avec le D<sup>r</sup> Mercier, a continué la série de ses travaux. Je cite encore :

Le régime de la vie normale à l'hôpital des maladies mentales du Var (*Revue de psychiatrie*, 1905);

Un cas de méningo-encéphalite traumatique (*Journal de médecine légale psychiatrique*, octobre 1906);

Aphasie motrice, avec troubles psycho-sensoriels au cours de la démorphinisation (*L'Encéphale*, 1907);

Les bains d'acide carbonique chez les aliénés (*Revue de psychiatrie* 1907);

Abolition des illusions du goût par l'emploi local de l'acide gymnémique, en collaboration avec M. Mercier (*Congrès de Genève* 1907);

Etude bactériologique *post mortem* du liquide céphalo-rachidien (*Revue de psychiatrie*, 1908);

Expertise tardive d'un cas de mort survenu quelques jours après une blessure de l'œil (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1909);



Un cas de mythomanie, escroquerie et simulation chez un épileptique (en collaboration avec le D<sup>r</sup> Mercier, l'*Encéphale*, 1910).

On voit que, parmi ces publications, il en est un certain nombre qui ont trait à la médecine légale. A cet égard, je dois une mention toute particulière à l'observation détaillée du *Vampire de Muy* que MM. Belletrud et Mercier ont publié en 1906 en un petit volume édité par Steinheil. Le nécrophile A..., qui avait déterré un nombre considérable de cadavres pour les violer, avait bénéficié d'une ordonnance de non-lieu et était en traitement depuis plus de deux ans à Pierrefeu, lorsque les auteurs publièrent son histoire. Celle-ci est donc un document clinique de haute valeur ; la débilité mentale, la timidité, le besoin sexuel impérieux encore renforcé par le spectacle quotidien des débauches paternelles, l'anosmie enfin, tous ces éléments ont contribué à provoquer l'accomplissement, par un pauvre diable inoffensif et en somme sympathique, d'une série d'actes profondément révoltants.

Avant de terminer, il est un des aspects de l'activité du D<sup>r</sup> Belletrud qu'il serait injuste de passer sous silence.

Dans le numéro de novembre-décembre des *Annales médico-psychologiques*, vous avez lu l'article concernant la création d'une coopérative d'employés à l'asile de Pierrefeu. Cette création n'est pas la première manifestation de l'effort incessant accompli par M. Belletrud pour améliorer la situation de son personnel et, par conséquent, assurer un recrutement meilleur. Enfin, comme ce personnel a besoin d'être éduqué, MM. Belletrud et Froissart viennent de publier, sous le titre « Conseils aux Infirmiers », un volume dans lequel les auteurs ont exposé avec clarté et méthode le résumé des connaissances nécessaires à l'infirmier d'asile.

Les travaux et la carrière de M. le D<sup>r</sup> Belletrud auraient mérité une histoire moins brève ; votre vote indiquera dans un instant qu'il vous est agréable de réaliser le souhait du D<sup>r</sup> Belletrud en l'associant à vos travaux.

M. Belletrud est élu membre correspondant à l'unanimité des membres présents.



contenant la totalité des alcaloïdes de l'opium sous la forme de chlorhydrates.

Il représente cinq fois son poids d'opium et son activité est deux fois moindre que celle de la morphine. Il a été étudié et employé par le professeur Sahli (de Berne), et a été l'objet de communications de M. G. Bardet à la Société de thérapeutique (séance du 13 avril 1910), et de M. le professeur Pouchet à l'Académie de médecine (séance du 18 octobre 1910).

Ce médicament se présente sous deux formes pharmaceutiques : en *solution injectable* contenant 0 gr. 02 de Pantopon par centimètre cube, et en *comprimés* dosés à 0 gr. 01.

0 gr. 01 de Pantopon équivalent à 0 gr. 50 d'extrait d'opium et à 0 gr. 005 de morphine.

Nous avons employé le Pantopon dans tous les cas où, dans la thérapeutique des maladies mentales, se présentait l'emploi de l'opium ou de ses dérivés, laudanum, teinture d'extrait thébaïque, morphine.

Dans les états dépressifs, délires mélancoliques, psychasthénies avec obsessions pénibles, nous avons constaté que ce médicament donnait des résultats aussi satisfaisants que le laudanum, avec des doses moindres et sans produire de constipation aussi opiniâtre que les autres opiacés. Les bons effets du Pantopon se sont produits particulièrement dans la sédation de raptus anxieux avec vive agitation, à la dose de trois ou quatre comprimés dans la journée.

Dans le traitement de l'alcoolisme aigu ou subaigu avec imminence de delirium tremens, nous avons obtenu avec deux ou trois injections de 1 centimètre cube de Pantopon le calme et le sommeil.

Chez un malade tabétique ancien qui présente par intervalles des crises gastriques douloureuses, nous avons substitué à la morphine le Pantopon en injections. Les doses nécessaires pour obtenir les mêmes résultats ont été un peu moindres, trois injections dans la journée au lieu de quatre.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'étudier les effets du Pantopon chez les morphinomanes; mais M. le Dr Morel-Lavallée, dans sa communication à la Société médicale des hôpitaux (séance du 11 novembre 1910), a

visé ce point particulier. Sa conclusion est que le Pantopon ne paraît pas qualifié pour se substituer à la morphine dans les cures de sevrage.

Nos résultats sont d'accord avec ceux obtenus par M. le professeur agrégé Sicard et M. le D<sup>r</sup> Morel-Lavallée, exposés à la Société ci-dessus indiquée. Ils considèrent tous deux le Pantopon comme un sédatif narcotique susceptible de remplacer avec avantages les préparations opiacées en usage.

Les injections de Pantopon ne sont ni plus douloureuses ni plus irritantes que les injections de morphine, elles n'ont aucun effet nauséeux. Sous la forme de comprimés, le dosage du médicament est très simple et très sûr; en raison de sa grande solubilité et de l'absence de toute saveur désagréable, son administration est très facile, il peut au besoin se dissimuler dans les aliments et les boissons, ce qui a son importance chez certains de nos malades.

### Note sur les effets du Pantopon,

par M. RÉMOND (de Metz), professeur  
à la Faculté de Toulouse,

et M. VOIVENEL, chef de clinique.

Nous utilisons le pantopon à la clinique des maladies mentales de Toulouse depuis près de deux mois. Nous publierons dans quelque temps les résultats obtenus, mais d'ores et déjà, à l'occasion de la communication de M. Salin, nous tenons à donner un résumé succinct de trois observations intéressantes :

OBSERVATION I. — B... (Paul), cinquante-trois ans, maçon. *Mélancolie présénile*. Première attaque : tentative de suicide, sitiophobie, idées de damnation et de ruine, facies typique, légère dyspepsie flatulente. Hypertension. Angoisse extrême.

Entré à la clinique un mois après le début de sa maladie, fin octobre 1910. Alitement. Le malade est nourri à la sonde les huit premiers jours. Le neuvième, il consent à boire du lait. Il se plaint, gémit, pleure, est toujours très angoissé. Le dixième jour, on donne un comprimé de pantopon. On augmente

de un comprimé par jour jusqu'à neuf dans les vingt-quatre heures. A la dose de quatre par jour, l'angoisse diminue, puis disparaît quand le malade est à neuf par jour. On le laisse pendant cinq jours à neuf comprimés par jour, puis on supprime un comprimé chaque jour jusqu'à ce que le malade soit à la dose quotidienne de deux comprimés.

Le quarantième jour, le malade est repris dans sa famille.

Il paraît s'être produit, sous l'influence du pantopon, une dissociation très nette entre l'état affectif et l'état intellectuel. Alors que les idées mélancoliques, de damnation et de ruine persistent sans changement, l'angoisse, la sitiophobie ont complètement disparu. Le malade, qui exprimait ses idées en pleurant, en crispant les mains, nous les exprime maintenant tranquillement, d'un air indifférent, en quelque sorte automatiquement. Si nous lui demandons comment il va, il nous répond qu'il va bien, puis part sur ses idées délirantes. Cette tranquillité et cette indifférence émotionnelle l'ont fait reprendre par sa famille malgré la persistance du délire.

Cette observation si intéressante sera donnée détaillée, ainsi que les deux suivantes, dans une communication ultérieure sur le pantopon.

OBSERVATION II. — Cl... (Georges), vingt-neuf ans, commis des postes. *Mélancolie délirante*. Première attaque : paludéen à vingt-deux ans, alcoolique depuis l'âge de dix-huit ans. Entré à la clinique il y a trente jours avec des idées de culpabilité et sitiophobie. S'accuse d'avoir tué une femme et veut passer aux assises « pour y être condamné à mort » ; idées de négation. Il pleure en nous racontant son assassinat imaginaire et pleure surtout parce qu'il n'est pas puni. Constipation, subictère; épreuve du sirop de sucre positive. *Traitement* : alitement, régime lacté, eau de Vichy, laxatifs et pantopon, jusqu'à sept comprimés par vingt-quatre heures. Actuellement, le malade n'a plus de subictère. Ses idées de culpabilité ont diminué. Il ne pleure plus et dit qu'il veut sortir parce qu'il est guéri.

Ici, il y a parallélisme entre l'amendement des phénomènes délirants et des phénomènes émotifs. Alors que dans l'observation précédente l'action du pantopon a paru agir presque avec spécificité sur l'élément émotif, ici, cette action complète la thérapeutique de désintoxication.

OBSERVATION III. — B... (Amédée), soixante-deux ans, comptable, depuis vingt-cinq jours à la clinique. Première crise

de *mélancolie*. Idées de ruine et d'indignité, surtout angoisse terrible; s'agite, ne tient pas en place, gémit constamment, ne sort pas, a une douloureuse sensation d'étouffement, s'accuse de ne pouvoir « sauver » ses enfants, qui se suffisent cependant fort bien à eux-mêmes. Hypertension artérielle.

*Traitement* : alitement, régime lacté, trinitrine. La sensation d'étouffement disparaît, mais la douleur morale et les idées d'accusation et de ruine persistent. Le quinzième jour, on ordonne un comprimé de pantopon. Aujourd'hui, le malade en prend neuf dans les vingt-quatre heures. Il ne s'agite plus, nous répond sans exprimer ses idées de ruine, se lève après la visite, mange avec les autres malades et reçoit les visites de ses enfants sans émotivité particulière. Nous diminuerons la dose de un comprimé par jour.

Ici encore le pantopon a nettement agi sur l'élément angoisse. Son effet a été préparé par le régime, l'alitement et la trinitrine, qui a amélioré l'hypertension.

#### DISCUSSION

M. VIGOUROUX. — Ce médicament est-il inscrit au Codex?

M. SALIN. — Non. C'est une spécialité.

M. CAPGRAS. — J'ai employé le pantopon, et je n'ai pas obtenu des résultats aussi satisfaisants.

#### *Divorce et aliénation mentale.*

#### DISCUSSION (1)

M. TRÉNEL, à propos de la discussion provoquée sur cette question du divorce et de l'aliénation mentale par l'importante communication de MM. Juquellier et Fillassier, demande un délai avant de prendre la parole, car la recherche et l'étude des documents sont fort longues.

M. JUQUELLIER est de même avis. Il est préférable de n'aborder la discussion qu'avec le plus possible de

(1) Suite. V. les *Annales* de janvier-février 1911, p. 91.

documents à l'appui. Il faut du temps pour réunir ces documents et les étudier.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

---

## SÉANCE DU 30 JANVIER 1911

Présidence de MM. ARNAUD et SÉRIEUX.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Buvat, Capgras, Cullerre, Dupouy, Fillassier, Levassort, Mignot, Perpère, Rayneau, Sizaret, membres correspondants, assistent à la séance.

### *A propos du procès-verbal.*

M. PIÉRON fait remarquer que le résumé d'une observation qu'il avait faite à la séance de novembre dernier, à l'occasion d'une communication de M. Vigouroux, contient dans le compte rendu une phrase qui ne rend pas tout à fait exactement sa pensée. Il ne croit pas qu'« une sensation douloureuse est beaucoup moins vive lorsqu'elle est répétée », mais que, dans ces conditions, la répercussion affective, l'effet émotif de cette sensation douloureuse s'atténue et disparaît.

### *Installation du Bureau.*

M. ARNAUD. — Mes chers collègues, le jour où votre choix bienveillant m'a désigné pour présider les séances de notre Société, je vous ai dit combien j'étais sensible à l'honneur que vous me faisiez, combien je vous étais reconnaissant de cette marque d'estime et de sympathie. Aujourd'hui, au moment de résigner mes fonctions, je tiens à vous renouveler l'expression de mes remerciements et de ma gratitude. Et j'y tiens d'autant plus que vous avez de beaucoup augmenté l'importance de

ma dette envers vous par votre constante bonne grâce à faciliter ma tâche et par votre empressement à répondre à mon appel. J'avais souhaité de nombreuses communications. Elles sont venues en si grand nombre, elles ont si complètement occupé nos séances qu'il nous a été impossible de discuter les deux questions d'ordre général mises à l'ordre du jour, celle de la « paranoïa » et celle de la « psychose maniaque-dépressive ».

Ces communications n'ont pas été moins intéressantes que nombreuses, vous le savez ; mais, pour obéir à la tradition, je dois les rappeler brièvement à votre souvenir.

Nous avons entendu tout d'abord la lecture d'un important mémoire de MM. Binet et Simon sur la « Définition de l'idiotie et de l'imbécillité ». Tous les médecins savent à peu près ce qu'il faut entendre par imbécile et par idiot, et que le terme *imbécillité* représente un abaissement psychique moins profond que le terme *idiotie*. Mais les difficultés commencent quand il s'agit de fixer cette notion vague, de préciser les différences qui permettent, et qui devraient permettre à tout le monde, de distinguer réellement un imbécile d'un idiot. Ces difficultés apparaissent très manifestes à l'examen des classifications existantes. Qu'elles soient étiologiques, cliniques, anatomo-pathologiques, toutes nous apprennent quelque chose, mais toutes aussi, par leur manque de précision, permettent de notables divergences de diagnostic. MM. Binet et Simon ont pensé trouver des signes susceptibles de s'imposer à tous les observateurs, en groupant trois éléments de définition : *langage parlé et écrit ; niveau intellectuel* mesuré par des *tests ; niveau hospitalier*, apprécié par les qualités du travail du sujet. Les auteurs ne s'occupent que des adultes, estimant que les enfants évoluent en dehors de toute prévision scientifique et que, si l'on peut légitimement dire d'un enfant qu'il est plus ou moins *arriéré*, il serait fort imprudent de le qualifier d'*imbécile* ou d'*idiot*, le développement ultérieur venant fréquemment démentir l'exactitude de ces qualifications.

Une discussion approfondie a suivi cette communication. Tout en rendant justice aux efforts et en acceptant quelques-uns des résultats de MM. Binet et Simon,



nos collègues MM. Sollier et Blin, spécialement désignés par leur compétence en cette matière, ont estimé que nous n'étions pas encore en possession d'une méthode définitive et que la question doit rester à l'étude.

M. Legrain vous a fait connaître ensuite deux intéressantes brochures des D<sup>rs</sup> Stransky et Pilcz, de Vienne, sur « Le buveur délinquant en face de la loi ». Les problèmes complexes et parfois contradictoires auxquels donne lieu l'alcoolisme sous ses diverses formes, les particularités qui distinguent de la nôtre la législation autrichienne, sont très clairement exposés dans le rapport de M. Legrain.

Une question de pathogénie fort délicate a été soulevée par MM. Vigouroux et Naudascher, à propos d'un cas de « Délire de persécution systématisé chez un brightique ». On ne trouvait chez ce malade d'autres antécédents que des troubles urémiques ayant précédé de quelque temps le délire et lui fournissant par leur coexistence de nombreux éléments. MM. Vigouroux et Naudascher montrent bien qu'il ne s'agit pas d'un délire toxique, mais d'un délire systématisé ordinaire, à évolution progressive, et ils tendent à admettre que les troubles urémiques ont eu sur ce délire une véritable action pathogénique. Mais ils ont soin de faire observer qu'on n'a d'autres renseignements sur le passé du malade que ceux fournis par lui-même. MM. Briand et Arnaud ont estimé qu'à elle seule cette ignorance des antécédents suffit pour inspirer des doutes véhéments sur une pathogénie, d'ailleurs très discutable à beaucoup d'autres points de vue.

M. Vigouroux nous a rapporté encore l'histoire d'« Un faux masochiste », présentant en même temps des idées mystiques développées. De la discussion, où sont intervenus MM. Vallon, de Clérambault, Piéron, Trenel et Séglas, il a semblé résulter que le sujet de cette observation complexe et très intéressante était surtout un mystique, et que, par conséquent, c'est bien à juste titre que M. Vigouroux l'avait considéré comme un *faux masochiste*.

La paralysie générale a fait l'objet de plusieurs communications. MM. Ramadier et Marchand ont exposé un cas de paralysie générale juvénile, contrôlée par

l'autopsie, dans lequel ils relèvent une hérédité très chargée et, au point de vue clinique, cette prédominance des troubles moteurs, habituelle dans la paralysie générale juvénile. M. Lagriffe, « à propos du diagnostic de la paralysie générale », nous a entretenus de la difficulté de rapporter à leur vraie cause des troubles variés qui peuvent marquer le début ou même la première période de la paralysie générale. On comprend toute l'importance de ces déterminations, tant pour le pronostic que pour le traitement. Enfin, M. Fillassier a étudié « les diverses formes de la paralysie générale, suivant le degré de prédisposition du sujet ». L'auteur est d'avis que les illusions, les interprétations, les hallucinations, les délires plus ou moins systématisés que l'on peut observer chez les paralytiques généraux sont, dans bien des cas, la manifestation d'un état vésanique préexistant. C'est là une question qui a déjà donné lieu à d'intéressants travaux, parmi lesquels il me suffira de vous rappeler ceux de J. Falret, de Doubreton, de Marandon de Montyel, de Lionet, enfin, dont la thèse, parue en 1878, était consacrée aux « variétés de la paralysie générale dans leurs rapports avec la pathogénie ».

« A propos d'un cas de folie intermittente », M. Séglas nous a présenté l'observation très étudiée d'un malade ayant eu un grand nombre d'accès maniaques de grande, de moyenne et de faible intensité, et un seul accès de mélancolie caractérisée. Ce cas fournissait tout naturellement à M. Séglas l'occasion de discuter les rapports de la manie et de la mélancolie, ainsi que la question des *états mixtes*. Il l'a fait de la façon la plus claire et la plus captivante, avec sa pénétration clinique et sa finesse psychologique bien connues. M. Séglas pense que, souvent et notamment dans le fait rapporté par lui, il n'y a pas véritablement *état mixte*, c'est-à-dire mélange durable des éléments de formule opposée, au cours d'un accès soit maniaque, soit mélancolique. Un maniaque peut avoir, sous des influences accidentelles, des moments de tristesse et d'affliction; il n'est pas devenu pour cela partiellement mélancolique et déprimé. Le fonds mental reste maniaque, expansif, en dépit de la variabilité de l'humeur

qui est la caractéristique véritable de l'état de manie : « A côté du tumulte des mouvements, de la fuite des idées, dit M. Séglas, c'est le tumulte et la fuite des émotions. » Quant aux courtes phases dépressives, confuses, stupides, qui ont quelquefois suivi les grands accès maniaques de son malade, M. Séglas les considère, non pas comme des états légitimes de dépression mélancolique, mais comme de simples phénomènes d'épuisement, n'autorisant pas le diagnostic de psychose périodique à double forme.

Cette communication a été l'objet d'une longue discussion, à laquelle ont pris part MM. Briand, Chaslin, Vigouroux, Trenel, Vallon, Truelle, et où se sont fait jour des opinions un peu divergentes. Sur la proposition de votre Président, et en raison de son importance actuelle, vous avez décidé de maintenir à l'ordre du jour la question générale de la « psychose maniaque-dépressive ».

Une autre question d'ordre théorique figurait depuis un assez long temps à l'ordre du jour. A la séance de juillet, M. Trenel en amorçait la discussion par une « note sur la paranoïa aiguë ». Notre distingué collègue n'a pas caché sa tendance à contester la réalité de la paranoïa aiguë. Les faits semblables à celui qu'il nous a exposé, et qui constitueraient cette forme mentale particulière, rentreraient plutôt, à son avis, dans les délires polymorphes de M. Magnan. Dans la discussion qui a suivi la communication de M. Trenel, MM. Vallon, Pactet et G. Ballet ont surtout montré combien il serait nécessaire de s'entendre sur ce qu'il convient d'appeler paranoïa aiguë, un grand nombre des observations ainsi dénommées n'ayant rien de systématique, ainsi que le fait remarquer M. Vallon.

Notre nouveau collègue, M. Piéron, nous a fait connaître le résultat de ses recherches sur « le réflexe psychogalvanique en médecine mentale ». On sait que ce nom désigne la déviation brusque de l'aiguille galvanométrique sous l'influence de certains phénomènes mentaux. M. Piéron, particulièrement compétent dans ces questions de psychométrie, montre les difficultés d'application de la méthode, surtout quand il s'agit d'aliénés, et il conclut à la nécessité d'une extrême

prudence dans l'appréciation des résultats. M. Briand appuie les sages réserves de M. Piéron.

Une communication de MM. Juquelier et Fillassier sur « la jurisprudence des tribunaux en matière de divorce et d'aliénation », se réfère à des questions qui ne sont plus d'ordre exclusivement médical, mais dont l'importance sociale est extrême. La jurisprudence française est formelle : jamais la folie ne peut être cause de divorce, ou, plutôt, elle ne peut être alléguée à l'appui d'une instance en divorce. Mais la morphinomanie, mais l'alcoolisme, mais la folie morale ou raisonnante ont pu, dans certains cas et plus ou moins indirectement, devenir pour le tribunal un motif déterminant le divorce. La morphinomanie et l'alcoolisme, par exemple, ont été parfois considérés comme habitudes d'ivrognerie et rangés dans la catégorie des sévices et injures graves. La folie raisonnante, dans un arrêt de la Cour de Bordeaux, a entraîné le divorce en raison du caractère insupportable, jaloux, vindicatif et méchant de l'un des conjoints. Cet arrêt, d'après MM. Juquelier et Fillassier, mériterait de faire jurisprudence. Une discussion contradictoire, dans laquelle MM. Vallon, Juquelier, Trenel et Arnaud ont pris la parole, s'est engagée au sujet de cet intéressant travail, et il a été décidé que la question *divorce et aliénation* serait maintenue à l'ordre du jour de nos prochaines séances, pour être étudiée non pas seulement dans la législation française, mais aussi dans les législations étrangères.

La dernière communication de l'année a été celle de MM. Salin et Azémar sur le « Pantopon », médicament dont ces auteurs ont constaté les bons effets dans les états d'agitation anxieuse et chez les alcooliques en imminence de *delirium tremens*. Ces résultats sont confirmés par une note de MM. Rémond (de Metz) et Voivenel. Au contraire, M. Capgras n'a obtenu avec le Pantopon que de médiocres résultats.

Vous le voyez, mes chers collègues, le bilan de vos travaux pendant l'année 1940 est des plus satisfaisants ; il prouve que la Société médico-psychologique ne perd rien de sa vigueur ni de son activité, et c'est une constatation que vos futurs présidents, j'en ai la ferme confiance, auront l'occasion de faire longtemps encore.

Après ce rapide compte rendu de nos séances, je dois vous faire connaître aussi les particularités qui ont quelque importance pour la vie intérieure de la Société. Votre Bureau a soumis à votre approbation la procédure d'acceptation du legs de 10.000 francs qui nous a été fait, en mémoire de leur père, par les enfants de notre regretté collègue Christian et que notre trésorier, M. Pactet, a pu ainsi recevoir. Vous avez également approuvé le projet de règlement de prix Christian, qui pourra être attribué, pour la première fois, cette année.

Sur intervention de notre collègue M. Rayneau, il a été décidé que désormais les membres correspondants qui en feront la demande recevront l'ordre du jour de nos séances, moyennant le paiement d'une somme de 3 francs par an, destinée à couvrir les frais d'envoi et d'expéditionnaire.

Vous avez enfin tranché une question de principe importante, relative à l'organisation de nos concours. A l'avenir, un mémoire récompensé par une autre Société ne pourra plus être admis à concourir pour les prix de la Société médico-psychologique.

Avant de quitter cette place, j'ai le devoir de vous rappeler les noms des collègues que nous avons perdus, cette année éconlée. Albert Giraud, le professeur Raymond laisseront dans nos souvenirs une trace durable. Nous adressons à leur mémoire un nouvel hommage de regrets, et nous y associons les noms du D<sup>r</sup> Hospital et de Miguel Bombarda.

Les vides que la mort a creusés dans nos rangs depuis deux ans ont été partiellement comblés par l'admission de quatre membres titulaires : MM. Rogues de Fursac, Truelle, Juquelier et Piéron. Jeunes, actifs, déjà connus par des travaux de valeur, ils sont pour notre Société de précieuses recrues. Je suis heureux de leur renouveler mon compliment de bienvenue. Vous allez, aujourd'hui même, pourvoir à trois autres vacances, et des candidatures impatientes vous amèneront bientôt à compléter l'effectif de la Société.

Vous avez accueilli six nouveaux membres correspondants : MM. Ameline, Fillasier, Tissot, Croustel, Belletrud et Baruk, ainsi que quatre membres associés étrangers : MM. Victor Delfino, de Buenos-Ayres ; Gi-

meno Riera, de Saragosse ; Ferrando Bravo y Moreno, de Barcelone ; et Valdès Anciano, de la Havane.

Ces diverses élections vous démontrent éloquemment que notre Société conserve tout son renom déjà plus que demi-séculaire, et elles nous garantissent le maintien et le renouvellement de sa vitalité.

Je ressens l'agréable obligation de remercier, avant de quitter le Bureau, ceux qui m'ont aidé de leur concours amical et dévoué : notre secrétaire général, M. Ritti, toujours sur la brèche pour veiller à la bonne marche de la Société ; nos secrétaires des séances, MM. Dupain et Vigonroux, qui assument avec tant de soin et d'exactitude le compte rendu, souvent difficile, de nos débats ; M. Pactet, notre vigilant trésorier, et M. Boissier, notre archiviste-bibliothécaire, dont le zèle, nous le savons tous, est très supérieur à la tâche qui lui est dévolue.

Votre Bureau a été complété, pour l'année qui commence, par l'élection de M. Klippel à la vice-présidence. Neurologue et aliéniste, histologiste et clinicien, M. Klippel a conquis une grande autorité scientifique. Il a produit des travaux importants et il a ouvert des sentiers nouveaux dans le domaine de la neuro-psychiatrie. Vous ne pouviez faire un meilleur choix, et, personnellement, en raison des liens d'amitié qui nous unissent, je suis très heureux de sa désignation à la présidence pour 1912.

Je suis également très heureux de voir mon ami Sérieux me remplacer au fauteuil. Vous appréciez tous la haute valeur de ses travaux, la droiture de son caractère, la dignité de sa carrière professionnelle, et il aura à cette place toute l'autorité qui convient au représentant de notre Société.

Je termine cette trop longue allocution, mes chers Collègues, en vous disant encore merci et en faisant des vœux de longue vie et de prospérité toujours croissante pour notre Société.

M. SÉRIEUX. — Mes chers collègues, vous m'avez fait l'honneur très grand de m'appeler à présider vos travaux. Je vous remercie, bien que je ne voie pas sans appréhension mon nom inscrit sur la liste des présidents de la Société médico-psychologique. Parmi mes

prédécesseurs, plusieurs m'apparaissent investis d'un incomparable prestige ; combien d'autres ont laissé le souvenir de maîtres considérables, d'investigateurs pénétrants, de grands cliniciens ! Au milieu des noms illustres qui se présentent à mon esprit, il en est un que je ne puis ne pas citer : c'est celui de mon maître vénéré, M. Magnan. Notre science et notre pays s'enorgueillissent de son œuvre ; il est, depuis cinquante années, le bienfaiteur des malades ; il a été l'éducateur de beaucoup d'entre nous, disons mieux, de tous les médecins aliénistes français contemporains : en évoquant ces grands savants, comment n'aurais-je pas le sentiment très vif de ce qu'il y a eu d'amicale bienveillance — et même d'indulgence — dans le choix que vous avez fait ? Et il arrive ainsi que cet honneur est pour moi, par les comparaisons qu'il suggère avec les gloires de notre profession, une leçon de modestie plus qu'un motif d'orgueil.

Nous vivons, Messieurs, et je m'approprie ici, en la modifiant à peine, une parole de M. le professeur Bouchard, nous vivons dans un temps où il fait bon vivre, quand on s'intéresse aux choses de la psychiatrie. Je doute, en effet, qu'à aucune autre époque, il y ait eu, parmi les médecins aliénistes de notre pays, plus d'activité et plus d'émulation. La production scientifique n'a jamais été aussi abondante et, sans oublier que les publications doivent être pesées et non dénombrées, nous pouvons nous féliciter de ce signe de vitalité.

Quant aux Sociétés savantes, vous savez comme elles se sont multipliées. Alors qu'il y a un trentaine d'années, notre Compagnie seule existait, on compte actuellement une dizaine de Sociétés s'occupant des questions multiples qui nous intéressent. Et je ne parle pas des Congrès, français et internationaux, qui se multiplient, eux aussi. En sorte qu'on trouverait, je crois, malaisément parmi nous, quelqu'un qui ne soit président ou vice-président d'une Société ou d'un Congrès.

Quel chemin parcouru, en un siècle à peine, et parmi quels obstacles, depuis les débuts de l'assistance des aliénés et de la médecine mentale ! Sauf à Paris, où, par fortune, des réformateurs et des initiateurs d'un

rare génie créaient de toutes pièces l'assistance et la science psychiatriques, on ne s'intéressait guère alors aux aliénés, parqués le plus souvent dans des convents désaffectés. Il semble que, de cette origine, les premiers asiles ont gardé, pendant un temps, une empreinte caractéristique. Ils vivaient une vie silencieuse, loin des grands centres, presque séparés du monde extérieur, ignorés ou méconnus de lui. Tout semblait concerté pour mettre obstacle au progrès de nos études. L'isolement des médecins, la vie quasi conventuelle qui leur était imposée, la lutte qu'il leur fallait mener contre l'ignorance et les préjugés, leur recrutement parfois capricieux, l'organisation défectueuse du service médical, ces conditions, peu favorables aux recherches scientifiques et aux progrès de l'assistance, justifient ou expliquent bien des découragements. Et cependant, au milieu du siècle, des personnalités supérieures apparurent, à qui rien n'a manqué qu'une scène plus en vue pour faire mieux connaître leur mérite, et qui, triomphant de l'hostilité des choses et des hommes, réussirent à donner à la médecine mentale un essor nouveau.

Aujourd'hui, la vie de clôture a pris fin. Les asiles ont ouvert leurs portes aux influences bienfaisantes du dehors; le recrutement du personnel médical a été soumis à des règles précises; la vie scientifique a pénétré partout; les méthodes d'assistance et de traitement ont été renouvelées. Le médecin aliéniste ne voit plus — ou voit moins souvent — sa compétence tenue pour une cause d'exclusion quand il s'agit de résoudre des questions médico-légales déconcertantes pour des médecins ignorants de la discipline psychiatrique. Cette transformation est en grande partie, ce me semble, l'œuvre de notre Société. Grâce à son intervention, grâce aussi aux *Annales médico-psychologiques*, l'isolement des médecins aliénistes a cessé: informés des progrès de la pathologie mentale et de l'assistance des aliénés, ils ont pu y contribuer en soumettant à leurs collègues leurs recherches cliniques, leurs projets de réformes. L'activité de tous s'est trouvée puissamment stimulée. Quand on relit la Notice que notre éminent secrétaire général a publiée à l'occasion du cinquantième de la Société, on reste confondu de l'ensemble incomparable



de documents cliniques, thérapeutiques, médico-légaux que renferment nos comptes rendus. C'est une mine prodigieuse, que l'on exploite sans cesse, mais dont la richesse s'accroît d'année en année. C'est mieux encore, si nous suivons l'évolution, au cours de ce demi-siècle, des doctrines nosologiques. On y voit naître, se développer, se préciser d'une manière presque définitive, de grandes conceptions cliniques qui, comme la paralysie générale, la folie intermittente, les délires systématisés, la folie des dégénérés, etc., sont parmi les plus belles conquêtes de la médecine mentale. Notre secrétaire général n'avait voulu donner que l'historique de la Société médico-psychologique, et il s'est trouvé qu'il a fait, dans un raccourci saisissant, l'histoire de la psychiatrie au cours de la seconde moitié du siècle dernier. Aucun panégyrique ne vaut, pour exalter l'œuvre des médecins aliénistes français, la sobriété de ce procès-verbal.

L'isolement où, pendant longtemps, les médecins des asiles ont vécu cloîtrés, n'a pas eu, pour eux seulement, des conséquences regrettables ; les autres sciences, médicales ou non médicales, ont été ainsi privées des lumières que seule pouvait leur apporter la pathologie mentale. Les connaissances psychiatriques sont restées, durant un long temps, l'apanage exclusif de quelques rares initiés. Les Facultés de médecine elles-mêmes n'ont-elles pas, presque toutes, semblé ignorer les maladies mentales pendant la plus grande partie du XIX<sup>e</sup> siècle ? Faute de conceptions exactes sur ces affections, on a vu des médecins, esprits cultivés par ailleurs, conserver les préjugés dont se contente le vulgaire, et, par un besoin inconscient de justification, légitimer leur ignorance en niant les progrès et l'avenir de la pathologie et de la thérapeutique mentales. Mais n'insistons pas sur ces contempteurs pour qui la psychiatrie, ainsi « vue du dehors », apparaît négligeable. Les vitraux d'une cathédrale, s'ils sont « vus du dehors », n'offrent à l'œil que de vastes surfaces vides, poussiéreuses et sombres : mais à qui pénètre dans l'intérieur, ils révèlent la variété de leurs compositions et la splendeur de leurs couleurs.

Actuellement, la psycho-pathologie rayonne au delà

de ses frontières : si elle s'enrichit d'emprunts faits aux autres sciences, médicales ou biologiques, elle leur fournit en échange des indications d'une importance capitale. D'autre part, nous voyons nombre de savants, neurologues, psychologues ou autres, curieux ou très informés des choses de la psychiatrie. Quelques-uns même travaillent avec nous à la solution des problèmes que soulèvent la clinique et la médecine légale des psychoses. Enfin, alors que jadis, dans certains milieux, on affectait parfois d'ignorer la médecine mentale, on affecte maintenant de la savoir. Ce changement d'attitude révèle toute l'importance qu'on attache aujourd'hui à nos études.

La psychiatrie clinique — par ses origines et par ses conquêtes, — est une science éminemment française. Personne ne le conteste. Depuis un siècle, notre maîtrise ne cesse de s'affirmer dans le domaine de la clinique. N'abandonnons pas ce terrain solide de l'observation, malgré que les difficultés de la tâche, souvent presque invincibles, découragent parfois le clinicien. Dans aucune autre branche de la clinique médicale, il n'est aussi malaisé de recueillir des « observations » qui, pour être complètes et utilisables, doivent avoir été suivies durant des années, souvent durant la vie entière du malade. On a contesté l'importance attribuée à l'évolution. Tant qu'on ne nous aura pas fait connaître des éléments d'appréciation plus décisifs, nous devons continuer à tenir, avec les Lasègue, les Falret, les Magnan, la marche des maladies mentales « comme la partie certainement la plus importante de leur histoire ».

S'il est nécessaire de recueillir des faits cliniques incontestables, observés pendant le cours tout entier de leur évolution, doit-on condamner, comme on le fait parfois, les essais nosographiques, fussent-ils aventureux ? Ne plus permettre d'hypothèses, de constructions provisoires, n'est-ce pas enlever un stimulant à des recherches cliniques dont vous savez les difficultés ? On a souri parfois de la prédilection qu'ont les médecins aliénistes pour les essais de classification. Soyons indulgents pour ce travers, si c'en est un. Peut-être faut-il y voir la marque d'un besoin d'ordre, de clarté,

et un souci, qui n'est pas à dédaigner, de la poursuite d'une vérité toujours fuyante.

Aujourd'hui que les classifications symptomatiques ont été condamnées définitivement, que les fausses entités ont été pourchassées, il est nécessaire de chercher à délimiter, avec plus de précision et avec plus de nuances, des types morbides qu'une nosologie trop simpliste — une nosologie paresseuse — voudrait laisser confondus. Le défaut capital de nos classifications, schématiques et rudimentaires, c'est de rester inadéquates à la multiplicité des formes cliniques: Leurs cadres rigides n'ont pas la plasticité nécessaire pour se mouler sur la réalité vivante. Encourageons donc franchement les essais que l'on tente pour isoler des formes spéciales, même quand ces tentatives choquent les opinions reçues. A montrer une orthodoxie implacable aux hérétiques, — ou prétendus tels, — on risque d'intimider les chercheurs. Pendant longtemps, la tendance a été manifeste, chez certains, d'appréhender au plus degré les essais de différenciation de types cliniques particuliers. N'a-t-on pas cependant, en neuropathologie, en dermatologie, etc., multiplié variétés et espèces, sans qu'on ait en lieu, ce me semble, de regretter ces tentatives? Réagissons donc contre une tournure d'esprit fâcheuse. Ne vaut-il pas mieux s'appliquer à découvrir la parcelle de vérité qu'il peut y avoir dans l'erreur que s'efforcer dans la tâche contraire? Loin de voir un péril dans la multiplication des espèces et des types morbides, j'avoue considérer cette tendance, si décriée, comme une condition nécessaire du progrès des études psychiatriques. La sélection, la critique, feront ensuite leur œuvre, en ne laissant survivre que les types viables. « La vérité, a-t-on dit, sort plutôt de l'erreur que de la confusion. » Faire des hypothèses, en nosologie, c'est un peu, sans doute, marcher dans la nuit, mais enfin c'est marcher.

L'avenir s'ouvre pour la psychiatrie plein de promesses, au triple point de vue scientifique, thérapeutique et social. Ces promesses, le siècle qui commence les réalisera, à n'en pas douter. Déjà, de nos jours, le terrain est, en maints endroits, plus solide sous nos pas. Des domaines nouveaux ont été conquis et, grâce

aux méthodes récentes du laboratoire, nous entrevoyons des terres inexplorées. Dans bien des questions cliniques, sans avoir enfin ce sentiment de la certitude dont le besoin nous obsède, nous possédons cependant une approximation assez satisfaisante de la vérité. L'étiologie, l'anatomie pathologique, le diagnostic, les procédés d'observation eux-mêmes prennent chaque jour une précision plus rigoureuse. Nos méthodes de traitement modernes permettent d'éviter les complications redoutables qui venaient si souvent, naguère, mettre obstacle à la tendance naturelle de nombre de psychoses vers la guérison. Enfin, grâce à la transformation totale que les études de bactériologie, d'opothérapie et de sérothérapie font subir à la médecine, grâce aux découvertes, qu'on pressent, de la chimie biologique, les espoirs les plus audacieux semblent maintenant légitimes, et nous prévoyons l'époque où la thérapeutique, devenue enfin étiologique, différera autant d'avec nos procédés de traitement actuels, purement symptomatiques, que ceux-ci se distinguent des cérémonies magico-religieuses des primitifs.

Les études de pathologie mentale ont un intérêt qui dépasse leur but immédiat : le traitement des psychoses. Leur importance comme facteur du progrès scientifique et sociologique est considérable. Quand, par suite de la réorganisation de l'enseignement clinique et de la diffusion des conquêtes de la psychopathologie, des notions exactes auront pénétré dans le corps médical tout entier et dans les milieux cultivés, la psychiatrie projettera sa lumière au delà du territoire de la médecine. Et c'est ici qu'apparaissent la portée et l'ampleur de nos études, leur rôle dans l'évolution de l'humanité. Une science qui a pour objet de ses investigations les fonctions cérébrales supérieures et leurs troubles, rayonne sur un domaine illimité. S'occupant du cerveau de l'homme, rien de ce qui est humain ne lui est étranger. Que de questions extra-médicales qui relèvent, en dernier ressort, de la psychiatrie ! La psychologie lui doit beaucoup. Qui pourrait connaître, dans leur infinie complexité, les manifestations de la vie psychique s'il en ignore les réactions morbides ? Toujours, l'étude de l'esprit humain trouvera dans la clinique mentale des expé-

riences toutes préparées, des constatations décisives.

Quant à notre législation criminelle, la banqueroute en est aujourd'hui évidente. Oscillant, au gré des préjugés et des engouements, entre une sévérité et une indulgence également aveugles, la répression des actes antisociaux s'inspire, d'une façon incohérente, tantôt des dogmes de la théologie, des théories des juristes, des spéculations du spiritualisme, tantôt des rêveries chimériques des idéologues. Ces derniers, enivrés par le vin frelaté que nous ont versé des génies mal équilibrés, perdant tout contact avec la réalité, prêchent des doctrines prétendues humanitaires. Les autres, — théoriciens, juristes..., — veulent encore imposer la loi vengeresse du talion pour des actes accomplis par un esprit dont le libre arbitre et la responsabilité ne peuvent, à leurs yeux, être contestés.

Laissons ces illusions dont l'empire demeure encore tout-puissant. Ce ne sont ni des survivances religieuses, ni des théories juridiques, ni une philanthropie sentimentale qui nous fourniront le roc inébranlable où jeter les bases de la criminologie. C'est la science qui doit intervenir; c'est elle qui doit étudier la nature des actes antisociaux et l'état mental des inadaptes au milieu social. Et pour cette étude, qui doit être une étude clinique, quelle science sera, avant tout, mise à contribution, sinon celle qui s'occupe des troubles de l'esprit et des anomalies psychiques constitutionnelles? La psychiatrie sera donc la pierre angulaire des études pénales. La législation criminelle devra, pour ainsi dire, être imprégnée des notions fournies par la psychopathologie: elle sera psychiatrique ou elle ne sera pas. L'appréciation des mesures à opposer aux actes anormaux, aujourd'hui encore imprécise et hasardeuse, deviendra alors réellement efficace et réellement juste.

Il est peu de questions aussi graves que celle de l'hygiène mentale d'un peuple. Or, qui est aussi bien placé que le médecin aliéniste pour dénoncer le péril grandissant des intoxications et des infections, pour révéler leur rôle comme facteurs de la dégénérescence, et pour montrer enfin que c'est parmi les dégénérés que se recrutent les innombrables armées des aliénés, des anormaux, des criminels. Qui est mieux à même que le

médecin aliéniste, instruit des causes complexes de la dégénérescence, pour proposer les mesures de prophylaxie que réclame la sélection sociale, aujourd'hui encore dans l'enfance, et pour formuler les règles d'hygiène mentale dont l'observance s'impose à l'individu et à l'organisme social.

La psychiatrie fournira aussi de précieuses indications à la pédagogie, à la morale, à la législation. C'est encore aux lumières de la psycho-pathologie qu'on examinera nombre de faits, de problèmes historiques, sociologiques, religieux ou simplement passionnels, dont la solution ou la signification demeurent cachées à qui ignore les anomalies de l'esprit. Considérés du point de vue psychiatrique, que d'énigmes sont résolues, que d'erreurs évitées, que d'actes dont les ressorts cachés apparaissent en pleine lumière!

Enfin, il n'est pas jusqu'à l'homme d'Etat, jusqu'au lettré, au penseur, et à tout homme cultivé qui, du jour où seront entrées dans la grande circulation des notions exactes sur les anomalies mentales, n'en retireront le bénéfice d'une vue plus précise et plus approfondie, d'une interprétation plus réfléchie des événements quotidiens, grands et petits, de la vie. Est-il téméraire de prévoir un temps où une certaine éducation psychiatrique sera le couronnement de toute haute culture intellectuelle? Dès qu'il est façonné par quelques connaissances de psycho-pathologie, l'esprit acquiert en effet une compréhension plus pénétrante de l'homme, une appréciation moins erronée de ses réactions psychiques; il dispose d'un guide clairvoyant, qui l'incline, parfois à plus de sévérité, mais souvent à plus d'indulgence.

Jamais le rôle d'une Société comme la nôtre n'a paru aussi nécessaire. Au milieu d'une production scientifique exubérante, de l'abondance des faits, des théories et des problèmes, il nous appartient de chercher ceux qui méritent d'être discutés, soumis à l'épreuve de notre expérience, contrôlés dans nos services. Quelle action bienfaisante peut ainsi s'exercer! Stimuler l'activité des uns, diriger celle des autres, signaler les écueils aux esprits aventureux; réveiller ceux qui — danger pire — s'endorment sur le mol oreiller du scepticisme ou de

l'incertitude; se garder avec soin des engouements et plus encore de toute opposition systématique; ne se montrer réfractaire à aucune innovation, en matière d'assistance, en se souvenant que les plus importantes des réformes qui ont transformé les asiles étrangers, ce sont — la preuve en a, je crois, été administrée — les aliénistes français au milieu du siècle dernier qui les ont exposées avec précision, réclamées avec insistance; rester convaincu que, la psychiatrie étant appelée à évoluer sans cesse, les qualités les plus précieuses sont, avec le sens critique, la souplesse et l'ouverture d'esprit qui rendent aisée l'hospitalité bienveillante aux idées d'autrui — tel est, tel doit demeurer l'idéal de la Société médico-psychologique. C'est ainsi que notre Compagnie ne connaîtra pas le déclin. Cherchant sans cesse à s'adapter aux exigences nouvelles, elle n'offrira jamais le spectacle d'une Société languissante, dont les rites seuls persistent, mais dont la vie peu à peu se retire. Grâce à sa vitalité, la psychiatrie, étendant chaque jour son domaine, prêtant aux autres sciences, biologiques et sociologiques, l'aide de ses lumières, la psychiatrie, longtemps inconnue, souvent méconnue, parfois dénigrée, finira par prendre sa revanche et par conquérir, parmi les sciences médicales, la place qui lui revient, je veux dire la première.

Je remercie M. Arnaud des paroles si bienveillantes qu'il m'a adressées. C'est pour moi une joie de succéder et à un collègue dont l'amitié m'est chère et à un clinicien aussi distingué qui réunit, portées à un degré éminent, les qualités maîtresses du médecin aliéniste.

Je suis non moins heureux de souhaiter la bienvenue à M. Klippel. Notre savant collègue ne s'intéresse pas moins à la médecine mentale qu'à la neurologie, dont il est un des maîtres. Nous avons montré, en l'appelant à la vice-présidence à l'unanimité, en quelle haute estime nous tenons son œuvre considérable.

#### *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de remerciement de MM. Baruck et Belletrud, nommés membres correspondants ;

2° Une lettre de M. Valdès Anciano, de Cuba, remerciant la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

3° Une lettre de M. le D<sup>r</sup> Gross, médecin-directeur de l'asile de Rouffach (Haute-Alsace), qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre associé étranger. — Commission : MM. Legras, Semelaigne et Trenal, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° *L'aliéné, l'asile, l'infirmier*, par M. Th. Simon ;
- 2° *La théorie de la folie maniaque-dépressive*, par M. Erwin Stransky ;
- 3° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéro de décembre 1910.

*Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1911.*

PRIX ESQUIROL. — Quatre mémoires ont été envoyés :

- 1° *Le saturnisme dans les maladies mentales*, par M. le D<sup>r</sup> Pierre Beaussart, interne de l'asile de Villejuif ;
- 2° *Les opiomanes mangeurs, buveurs et fumeurs d'opium*, par M. le D<sup>r</sup> Roger Dupouy, médecin-adjoint de la Maison nationale de Charenton ;
- 3° *Contribution à l'étude des rapports de l'alcoolisme et de la démence précoce*, par M. le D<sup>r</sup> Calmettes, médecin-adjoint de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne) ;
- 4° *Essai sur la démence traumatique. Etude historique, clinique et médico-légale*, par M. le D<sup>r</sup> R. Benon, médecin-adjoint des asiles publics.

PRIX MOREAU (de Tours). — Trois mémoires ont été envoyés :

- 1° *De l'achondroplasie spécialement étudiée au point de vue mental*, par M. le D<sup>r</sup> Paul-Gabriel Lauze, interne des asiles ;
- 2° *Considérations sur les rapports de l'épilepsie latente avec l'alcoolisme*, par M. le D<sup>r</sup> Eugène Gelma, interne des asiles de la Seine ;
- 3° *L'aphasie dans ses rapports avec la démence et les*



*vésanies. Etude historique, clinique et diagnostique. Considérations médico-légales*, par M. le D<sup>r</sup> Maurice Brissot, interne des asiles de la Seine.

PRIX SEMELAIGNE. — Question : *Histoire de l'origine et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale.*

Un seul mémoire a été envoyé; il a pour auteur M. Georges Genil-Perrin, licencié ès lettres, interne des asiles de la Seine.

#### *Nomination des Commissions de prix.*

PRIX ESQUIROL. — MM. Arnaud, Colin, Legrain, Lwoff, Truelle.

PRIX MOREAU (de Tours). — MM. Briand, de Clérambault, Séglas, Tonlouse, Vigouroux.

PRIX SEMELAIGNE — Deny, Dupré, Rognes de Fursac, Magnad, Semelaigne.

#### *Rapports de candidatures.*

M. JUQUELIER. — Messieurs, votre Commission pensait vous présenter cinq candidats à trois places de membre titulaire; M. René Charpentier, pour cette élection, a tenu à s'effacer devant ses aînés et vous prie de ne plus le compter, aujourd'hui, au nombre des concurrents à vos suffrages.

Quatre candidats demeurent donc en présence.

Ces candidats, vous les connaissez tous, et votre Commission est sûre d'être d'accord avec vous en affirmant votre désir de les compter tous parmi vos collègues. Leurs titres sont divers, mais non discutables; celui-ci peut l'emporter à vos yeux par son expérience plus longue de médecin d'asile; celui-là se recommande par l'intérêt ou l'importance des travaux qu'il a publiés.

Dans ces conditions, nous n'avons pas eu la prétention de savoir peser avec rigueur les mérites de chacun, jusqu'à établir une liste de classement: nous nous contentons de vous rappeler, en suivant l'ordre alphabétique, que MM. Bonnet, Capgras, Marchand et

Vurpas sont aujourd'hui les candidats aux trois places déclarées vacantes de membre titulaire de la Société.

Le scrutin donne :

Votants : 29.

MM. Vurpas . . . . .	25	voix.
Capgras . . . . .	24	—
Marchand . . . . .	20	—
Bonnet . . . . .	15	—

En conséquence, sont élus membres titulaires, MM. Vurpas, Capgras et Marchand.

M. VALLON propose de déclarer la totalité des places vacantes de membres titulaires.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

M. DUPAIN. — Messieurs, dans votre précédente séance, vous avez désigné une Commission composée de MM. Séglas, Semelaigne et Dupain, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. le D<sup>r</sup> Moises Martin Claveria, de Saragosse, qui demande à faire partie de votre Société en qualité de membre associé étranger.

M. le D<sup>r</sup> Moises Martin Claveria, ancien interne nommé au concours et lauréat de la Faculté de médecine de Saragosse, est actuellement professeur agrégé à cette Faculté, Chef du Laboratoire clinique et médecin-directeur de l'Etablissement hydrothérapique de Segura, en Aragon.

Ses débuts dans l'enseignement remontent à une dizaine d'années. Maître de conférences à l'Athénée de l'Ecole de médecine de Saragosse, le D<sup>r</sup> Claveria fait son cours de 1900 à 1901 « sur l'innervation cardiaque » ; de 1902 à 1903, il étudie « l'hérédité dans les processus infectieux » ; en 1903-1904, il passe en revue « l'Examen clinique des actes réflexes ». Plusieurs fois lauréat, ses travaux sur « la Foi en Thérapentique » obtiennent une mention honorable, et son ouvrage sur « l'Hérédité dans les infections » obtient le prix accordé par S. M. la Reine Régente d'Espagne. En 1904, son travail sur « l'Intervention dans les cas de myomes utérins » et ses « Etudes médico-légales sur les principaux types de dégénérescence mentale » furent

l'objet de récompenses. Il communique à l'Académie juridique de Saragosse ses recherches sur « l'Hypnotisme et la suggestion au point de vue médico-légal », et à l'Académie de Saint Louis de Gonzague il fait des conférences sur « la Structure du protoplasma » et sur « la Thérapeutique suggestive ».

Notre confrère a publié dans la Revue « Recueil de Médecine légale » des articles sur « Le génie et les névroses », « Le suicide dans la folie et les dégénérescences ». Ancien interne, nommé au concours, de l'hôpital clinique de Saragosse, le D<sup>r</sup> Martin Claveria obtint en 1904 le grade de licencié ès médecine par un travail intitulé « Concept scientifique de l'appendicite » ; et quelque temps après, sa thèse de doctorat, ayant pour sujet « La maladie de Basedow », fut honorée de la mention « très remarquable ».

Tel est le court résumé ou plus simplement la nomenclature des titres et travaux de notre confrère, qui, après avoir fait ses études à la célèbre Université aragonnaise, s'y trouve maintenant professeur.

M. le D<sup>r</sup> Moïse Martin Claveria connaît les travaux des aliénistes de la France ; c'est pour cela qu'il souhaite qu'un lien plus étroit le rattache à notre patrie. Et nous vous proposons, Messieurs, de le compter au nombre des membres associés étrangers de votre Compagnie, afin qu'il puisse prendre part, suivant son vif désir, à votre œuvre de progrès vers la science.

M. Martin Claveria est élu membre associé étranger à l'unanimité des votants.

## Les quartiers d'observation et les asiles pour débiles et incapables.

*Rapport sur un travail de M. Erwin Stransky,*

par M. DE CLÉRAMBAULT.

Le travail du D<sup>r</sup> Stransky, intitulé : « *Sur l'internement injustifié dans l'observation des aliénés* », ne se rapporte pas, comme son titre pourrait le faire croire, à des cas d'internements arbitraires, ou qualifiés tels. Il

aurait été pu intitulé plus justement : « De l'utilité d'une observation préalable à l'internement », ou mieux encore : « De l'utilité des quartiers d'observation pour les supposés aliénés ».

L'auteur cite trois cas dans lesquels, par une observation de quelques jours dans une clinique, l'internement a pu être évité. Il s'agissait, dans les trois cas, d'excitation passagère ; dans deux des cas, des allégations avaient été émises où les parts respectives de la vérité, de l'exagération passionnelle et d'un processus délirant ne pouvait être délimitées. En effet, l'entourage des malades étant, dans ces cas, composé de personnes déséquilibrées et suspectes, la teneur réelle des actes commis, leur genèse, leur pronostic, bref leur degré de morbidité étaient impossibles à établir. Heureusement, l'accalmie, survenue en peu de jours, venait rendre superflues les certitudes rétrospectives, et le malade pouvait être remis en liberté *pour cette seule raison qu'il n'était pas, ou n'était plus, un aliéné*.

L'auteur recommande la création de quartiers d'observation dans toute ville un peu importante. De tels quartiers évitent aux malades une entrée à l'asile, qui pour le présent est superflu, et qui peut leur nuire dans l'avenir.

D'autre part, l'admission à la clinique a pour effet de suspendre les poursuites légales dont pour actes inconsidérés, les individus seraient l'objet, et de les en exempter si le certificat du médecin, concluant à un délire transitoire, les innocente.

Les commissaires de police n'hésitent pas à envoyer « aux fins d'observation », dans de tels quartiers, certains délinquants, alors que sans cela ils devraient, leur délire n'étant pas patent, les diriger vers la prison ; là ils ne recevraient pas de traitement approprié, et leur état fugace ne serait pas enregistré par l'observation médicale.

L'auteur est d'avis que si les hôpitaux, *à la rigueur*, peuvent être l'endroit où de tels quartiers seraient installés, ils ne constituent cependant pas l'endroit idéal pour les recevoir (1).

(1) L'exemple des sections d'aliénés incluses, par nécessité,

A Vienne, ce rôle est rempli par la Clinique Psychiatrique à laquelle le D<sup>r</sup> Stransky appartient et que dirige le professeur von Wagner.

A Paris, les desiderata du D<sup>r</sup> Stransky sont remplis par l'Infirmerie Spéciale du Dépôt. Les cas semblables à ceux décrits par le D<sup>r</sup> Stransky, et bien d'autres genres de cas encore, y sont légion.

Le D<sup>r</sup> Stransky parle, en second lieu, d'une autre catégorie de malades qui, pour des raisons différentes, doivent ne jamais être dirigés vers un asile. Ce sont ces débiles incapables (*Minderwertige*) qui deviennent des piliers d'hôpitaux, piliers d'asiles, piliers de prisons, etc.

Dès qu'ils ne savent comment se nourrir ou se reposer, ils simulent ou une maladie ou un délire. A ces malades convient la *détention avec travail obligatoire*. Malheureusement, le juge n'intervient contre eux que s'il y a délit ; or, le juge seul, jusqu'à présent, dispose du droit d'imposer la détention avec obligation de travail.

En Autriche, il serait possible néanmoins en pareil cas, selon le D<sup>r</sup> Stransky, de faire intervenir le juge, à l'aide d'un certain paragraphe trop oublié (§ 320 du Code pénal autrichien) :

« *Commet une infraction celui qui... par de fausses indications relativement à son nom, son lieu de naissance, son état, ou tout autre genre de circonstance le concernant, aura trompé les autorités policières, communales ou d'Etat, de façon à égarer la surveillance publique. S'il vient à être démontré que le contrevenant a eu pour intention formelle d'égarer les autorités, la peine sera de la même durée (trois jours à un mois) d'encellulement (Strenger Arrest).* » En effet, les prisons avec travail forcé sont, pour le temps présent, une sorte de succédané des asiles pour Débiles et Incapables, tels que les rêvent les aliénistes.

L'internement de longue durée devrait pouvoir être prononcé non en raison d'un délit actuel, mais en raison de la nature même du malade. Ainsi seraient

évitées les admissions indues dans les asiles consacrés au traitement des aliénés proprement dits.

Les Asiles Spéciaux pour Débiles et Incapables ont été réclamés en France depuis longtemps, de même que les Asiles de Sûreté pour Vicieux, et nous rappellerons que notre regretté maître le D<sup>r</sup> Garnier a été l'un des tout premiers à proclamer leur nécessité.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN et G. JUQUELIER.

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### Académie de médecine.

ANNÉE 1910.

I. — *Sur la composition chimique de l'absinthe*, au nom d'une Commission composée de MM. Gautier, Jungfleisch, Hanriot, Peyrot, Bourquelot et Moureu, rapporteur (Séance du 1<sup>er</sup> mars): — La Commission du Sénat chargée de l'étude d'une proposition de loi tendant à l'interdiction de l'absinthe, après avoir recueilli les opinions de divers savants sur le degré de nocivité de cette liqueur, avait exprimé le désir de connaître l'avis de l'Académie sur les points suivants :

1° La présence de la thuyone est-elle constante dans les liqueurs d'absinthe?

2° N'existe-t-elle point dans d'autres liqueurs reconnues inoffensives?

3° Est-il possible de la caractériser et de la doser?

A ces trois questions, l'Académie fit les réponses suivantes :

1° Hormis le cas de certaines liqueurs à bon marché, la présence de la thuyone est constante dans les liqueurs d'absinthe;

2° Elle peut se rencontrer aussi, mais généralement en moindre quantité, dans d'autres liqueurs et aussi dans des amers ou spiritueux divers;

3° On ne connaît actuellement aucun moyen *simple et rapide* de la déceler avec certitude ni de la doser.

Sa détermination en toute sécurité comporte des opérations longues et délicates. Ces réserves étant faites, nous possédons une réaction, la réaction de Legal-Cuniasse, au moyen de laquelle on pourra reconnaître les liqueurs suspectes, avec un haut degré de probabilité quant à la présence ou à l'absence de thuyone. L'examen approfondi, indispensable pour la caractérisation certaine de la thuyone, ne devra être fait que sur les produits donnant nettement la réaction de Legal-Cuniasse.

II. — *Les tumeurs de la glande pinéale chez l'enfant*; par M. F. Raymond, en collaboration avec M. Henri Claude (séance du 15 mars). — Si les tumeurs de l'encéphale sont souvent et d'une manière générale d'un diagnostic difficile, celles de la glande pinéale peuvent, au contraire, se présenter avec des caractères suffisamment précis pour être reconnues facilement. Ce fut le cas dans l'observation recueillie par MM. Claude et Raymond et qui peut se résumer comme suit : enfant de dix ans, ayant présenté trois ans auparavant des signes de tumeur cérébrale. Pendant plus de deux ans, la maladie reste stationnaire, avec, même, des rémissions remarquables; puis, brusquement, les accidents reprennent leur évolution, mais alors d'une manière rapide, l'hydrocéphalie devient manifeste, la cécité se produit en quelques semaines. En dehors de ces caractères généraux de tumeur cérébrale, on constate un développement physique anormal du sujet, une adiposité accusée; des poils apparaissent au pubis, sur la face; les organes génitaux restent petits. L'hydrocéphalie progresse toujours et atteint un développement inusité; les membres se paralysent, l'intelligence s'engourdit et, pendant les derniers mois, le sujet reste dans un état de torpeur et d'asthénie absolue, l'amaigrissement apparaît et l'enfant meurt d'infection broncho-pulmonaire.

Dès leur premier examen, MM. Claude et Raymond s'arrêtèrent à l'idée d'un néoplasme de la glande pinéale. L'autopsie confirma pleinement ce diagnostic, en montrant qu'il s'agissait d'une tumeur de nature gliomateuse et d'origine épiphysaire.

De pareils faits sont rares : une quarantaine à peine sont connus, dont un petit nombre seulement bien étudiés. Leur diagnostic précoce offre cependant de l'intérêt, « car il n'est pas défendu de penser, qu'à l'avenir, les cas de ce genre ne resteront pas au-dessus des ressources de la thérapeutique chirurgicale ».

GEORGES VERNET.

### Société clinique de médecine mentale.

Séance du 21 novembre 1910.

I. — *Délire systématique avec hallucinations chez un paralytique général*; par le D<sup>r</sup> Legrain. — Il s'agit d'un paralytique général, halluciné, dont l'histoire présente deux phases : une



première remontant à deux ans et caractérisée tout d'abord par une période de dépression mélancolique avec idées de suicide, puis par une période d'expansion avec idées de grandeur incohérentes, mais surtout par des idées de persécution aux allures systématiques, sanctionnées par des hallucinations de l'ouïe très intenses (audition d'un microphone qui, nuit et jour, obsède le malade au point de l'empêcher de dormir).

Tout à coup (deuxième phase), en juin 1909, survient une attaque épileptiforme. A la suite, on assiste à une dégringolade rapide des facultés avec installation du syndrome paralytique classique (inégalité pupillaire, embarras de la parole, démence, lymphocytose abondante). Mais, chose notable, pendant cette seconde période, le délire hallucinatoire (microphone) persiste avec sa première intensité, prolongeant le délire systématique au sein de la démence, laquelle ne fait qu'imprimer à ce délire un caractère nouveau d'enfantillage.

Ce malade est d'ailleurs syphilitique depuis vingt-quatre ans et une très lourde tare héréditaire pèse sur son histoire.

II. — *Cas complexe d'épilepsie avec tabes et troubles mentaux circulaires combinés à un délire systématisé*; par le D<sup>r</sup> Trenel. — Il s'agit d'une malade actuellement âgée de soixante ans. Syphilis probable (fausse couche à dix-huit ans).

1° *Tabes*. Douleurs fulgurantes depuis plus de trente ans. Arthropathie du genou depuis 1896. Signe d'Argyll-Robertson. Pas d'ataxie. Abolition des réflexes rotuliens. Hypotonie musculaire. Il y a de plus une griffe médiane bilatérale paraissant remonter à une fièvre typhoïde de l'enfance.

2° *Epilepsie*. Les premières (?) crises en 1887, à trente-huit ans. Vertiges et attaques périodiques mensuelles. Caractère épileptique.

3° *Alternatives circulaires d'excitation et de dépression*. Chaque série de crises est suivie d'une période de dépression, avec anxiété de six à dix jours, à laquelle succède une période d'agitation avec attitude de maniaque raisonnant, turbulence, menaces, réclamations.

4° *Délire systématisé*. Depuis des années, la malade ayant, à tort, cru avoir droit à un héritage, elle en poursuit la réalisation. Elle fait des erreurs de personnes, et réclame cet héritage à une personne du service qu'elle prend pour son parent.

Le cas est intéressant par la coexistence de plusieurs affections qui paraissent évoluer parallèlement.

III. — *Trois aliénés criminels*; par le D<sup>r</sup> Colin. — M. Colin

présente trois malades de son service. Tous les trois ont commis des meurtres. Le premier est un persécuté à délire systématisé qui a raisonné et combiné son acte; le deuxième est un dégénéré avec idées de persécution qui a tué à la suite d'une impulsion homicide. Dans le troisième cas, il s'agit d'un malade qui, à l'âge de quinze ans, fut pris d'une crise d'excitation maniaque, au cours de laquelle il tua son père à coups de couteau.

M. Colin montre que chez ces malades, comme cela a lieu presque toujours chez les aliénés criminels, il y a combinaison de deux états, la folie d'une part, les tendances violentes et criminelles de l'autre.

IV. — *Obsessions hallucinatoires et hallucinations obsédantes au cours de deux accès de folie périodique*; par les D<sup>rs</sup> Leroy et Capgras. — Il s'agit du cas d'une jeune femme de trente ans qui, au cours de deux accès de dépression mélancolique survenus l'un à vingt ans, l'autre à trente ans, a eu des impulsions au suicide provoquées chaque fois par une hallucination auditive impérative accompagnée d'une hallucination visuelle : vision d'une croix de cimetière la première fois, vision de couteaux et de sang la seconde fois. Ces scènes hallucinatoires se sont produites la nuit. Elles ont été précédées et suivies par une hyperesthésie affective qui s'est, en outre, manifestée par quelques interprétations délirantes, par des idées de persécution transitoires et par des fugues panophibiques.

La malade lutte contre l'obsession suicide, elle redoute beaucoup la mort. Cette thanatophobie s'accompagne de tout un cortège d'hallucinations visuelles de couleur funèbre : croix, cercueil, enterrements, cimetières.

Les auteurs discutent, à ce propos, les rapports de l'obsession et de la psychose intermittente.

V. — *Epilepsie et alcoolisme; actes délictueux inconscients à la suite des crises*; par le D<sup>r</sup> Fillassier. — Il s'agit d'un malade atteint de *morbus sacer* qui, à la suite d'excès de boissons, a eu des crises convulsives et des vertiges de plus en plus fréquents. Il insiste sur le caractère de soudaineté, d'irrésistibilité, d'inconscience et d'amnésie consécutive, et, relatant quelques actes accomplis par le malade en ses vertiges, note combien il est important de retenir ces faits au point de vue clinique et médico-légal.

VI. — *Un cas de zoophilie*; par le D<sup>r</sup> Fillassier. — C'est

une dégénérée qui présente, outre un délire de persécution net, une affection un peu exclusive pour les animaux, et traite un chat, dont elle prend soin, avec un dévouement exagéré.

VII. — *Syphilis conjugale. Paralyse générale du mari, syphilis en évolution chez la femme*; par le D<sup>r</sup> Bonhomme (service de M. A. Marie). — M. Bonhomme communique deux cas de syphilis conjugale. Dans le premier couple, le mari est paralytique général, la femme tabétique.

Dans un second couple, le mari est également paralytique général et la femme est porteuse d'accidents tertiaires.

M. A. Marie rappelle, à ce propos, la série de douze couples antérieurement présentée à la Société. Cette série vient de se compléter par la présentation, à la dernière séance de la Société de psychiatrie, de la fille d'un de ces couples de paralytiques. Cette jeune fille, hérédo-syphilitique, est atteinte de paralyse générale juvénile.

VIII. — *La maladie du sommeil. Présentation de préparations histologiques*; par M. A. Marie. — M. Marie montre des préparations de sang, de liquide rachidien, du cerveau et de la moelle dans la maladie du sommeil. L'auteur attire l'attention sur la presque identité des lésions vasculaires avec celles de la paralyse générale (manchons périvasculaires énormes).

#### Séance du 19 décembre 1909.

I. — *Un cas de confusion mentale à évolution chronique en rapport avec l'apparition de la comète de Halley*; par les D<sup>rs</sup> Marcel Briand et Maurice Brissot. — Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans atteinte, à l'heure actuelle, de confusion mentale chronique consécutive à l'émotion intense que que lui a causée la nouvelle de l'apparition de la comète de Halley.

Les auteurs insistent sur ce fait que, chez leur malade, l'éclosion subite des troubles mentaux n'est due qu'à une cause purement occasionnelle et non véritablement déterminante.

II. — *Epilepsie et presbyophrénie post-traumatique*; par les D<sup>rs</sup> Trenel et Libert. — Présentation d'une femme de soixante-seize ans ayant fait une chute grave sur la tête à cinquante-cinq ans. Depuis cette époque, vertiges et affaiblissement intellectuel progressif. Placée dans un hospice, elle s'y agite et entre à l'asile vingt et un ans après l'accident. Elle présente

de l'amnésie rétrograde et de l'amnésie d'acquisition; de la désorientation, des fabulations, des fausses reconnaissances. Pas de signes de névrite, en particulier pas de douleurs à la pression des masses musculaires. Exagération des réflexes rotuliens. Elle a presque tous les mois des vertiges.

Il est intéressant de constater le syndrome presbyophrénie comme psychose post-traumatique.

III. — *Dégénérescence mentale ou folie maniaco-dépressive*; par les D<sup>rs</sup> Hamel et Couchoud. — Il s'agit d'une malade qui a été internée à différentes reprises. Dans le tableau clinique domine tantôt l'excitation maniaque, tantôt la dépression. Mais à ces troubles primordiaux se surajoutent, dans les divers cas, soit de la confusion, soit un délire polymorphe, avec de nombreux troubles psycho-sensoriels. L'hérédité très lourde de la malade, le début soudain des accès imposent le diagnostic de dégénérescence mentale; mais le cas rapporté ne diffère pas non plus essentiellement de la forme nosologique connue sous le nom de folie maniaco-dépressive.

M. Juquelier, qui a observé cette malade, n'a pas trouvé chez elle de confusion mentale. D'autre part, MM. Colin, Vigouroux, Marchand s'étonnent de voir appliquer le nom de folie maniaque dépressive à un état qui ne se distingue pas des formes connues depuis longtemps. Il s'agit, en résumé, de troubles délirants revenant périodiquement chez une malade lourdement tarée au point de vue héréditaire, troubles associés à des manifestations névropathiques (hystérie, chorée, etc.).

IV. — *Deux cas de délire d'interprétation à forme hypochondriaque*; par le D<sup>r</sup> Bonhomme (service du D<sup>r</sup> A. Marie). — Présentation de deux malades atteints d'hallucinations de la sensibilité générale provoquant de leur part des réactions violentes. L'un d'eux, avocat, sent la gale à la figure et veut faire un procès à l'Académie de médecine, au professeur de dermatologie pour les forcer à reconnaître qu'ils se sont trompés en refusant d'enseigner que la gale pouvait envahir la figure. Le second malade tousse constamment: il sent dans son larynx du poil à gratter qu'il accuse sa laitière de mélanger au lait.

V. — *Syndrome paralytique chez un jeune homme de dix-neuf ans. Examen histologique. Présentation de préparations*; par les D<sup>rs</sup> Pactet et Vigouroux. — Les auteurs présentent les préparations histologiques provenant d'un malade qui avait été présenté à la Société au mois de mai 1909 et qui, porteur déjà de lésions tuberculeuses des ganglions, est mort de

tuberculose pulmonaire. Les diagnostics de démence précoce et de paralysie générale avaient été discutés. L'examen histologique montre l'existence d'un épaississement fibreux de la pie-mère (sans processus inflammatoire), une dégénérescence pigmentaire prononcée des cellules nerveuses, de la gliose de la zone moléculaire et de la dégénérescence hyaline de la paroi des artérioles du cerveau, toujours sans processus inflammatoire. Il s'agit donc d'une paralysie dégénérative tuberculeuse (type Klippel).

### Société de Psychiatrie de Paris.

*Séance du 17 novembre 1910.*

I. — *Un cas de paralysie générale avec syndrome parkinsonnien du bras gauche*; par le D<sup>r</sup> G. Maillard. — Début de la paralysie générale il y a quatre ans: apparition du syndrome parkinsonnien cinq à six mois après les premiers troubles mentaux, sans ictus préalable, par de la raideur et du tremblement du bras gauche. Aujourd'hui, le tremblement est absolument caractéristique; ce sont des oscillations assez lentes, de peu d'amplitude, régulières, siégeant surtout à l'extrémité du membre, dans les articulations métacarpo-phalangiennes, les doigts demi-étendus, existant au repos et diminuant à l'occasion des mouvements, influencées par les émotions ou la fatigue. La raideur est plus apparente que réelle et est due à de la lenteur des mouvements de tout le bras gauche. De plus, le malade présente un peu l'attitude voûtée des parkinsonniens; le membre inférieur gauche ne paraît pas non plus absolument indemne, car parfois il traîne légèrement le pied en marchant.

Discussion: M. *Claude* s'enquiert de l'existence de troubles de la voie pyramidale. Le tremblement ne lui paraît pas affecter tout à fait les caractères du tremblement parkinsonnien; les mouvements sont irréguliers et le tremblement semblerait plutôt en rapport avec une irritation de la voie pyramidale, pré ou post-hémiplégique. — M. *Maillard*. Il n'existe aucune modification des réflexes cutanés ou tendineux, pas de Babinski, mais seulement une légère diminution de la force du côté gauche. Il ne prétend enfin pas tirer de ce cas un argument en faveur de la localisation des lésions parkinsonniennes.

II. — *Autopsie d'un cas de paramyoclonus multiplex associé*

à de l'épilepsie; par les D<sup>rs</sup> Santenoise et Laignel-Lavastine. — Autopsie négative. Névrose normal. On trouve seulement un peu d'épaississement névroglie sous-méningé et des lésions chromatolytiques légères. Le syndrome du paramyoclonus multiplex paraît avoir eu une origine exclusivement fonctionnelle.

III. — *Un cas d'aphasie de Wernicke avec autopsie*; par les D<sup>rs</sup> Santenoise, Laignel-Lavastine et Boïdard. — Cliniquement, aphasie de compréhension de Wernicke; paraphasie extrêmement marquée. A l'autopsie, petite tumeur de la dure-mère (sarcome angiolithique). L'examen histologique montre que la tumeur est sans rapport aucun avec les troubles mentaux présentés par la malade et que ceux-ci sont sous la dépendance de deux foyers de ramollissement sous-corticaux, siégeant dans la région de Wernicke.

IV. — *Sur deux cas de démence précoce*; par les D<sup>rs</sup> Claude et Lévi-Valensi. — Présentation de deux malades, types de déments précoces. La première, malade depuis quatre ans, est aujourd'hui une démente hallucinée, mais elle a offert, au cours d'une fièvre typhoïde, une rémission très prolongée, d'une durée de trois mois. Ce cas ne permet donc pas d'accepter pour toutes les démences les caractères d'incurabilité et d'immuabilité qu'on prétend généralement leur accorder. La deuxième, malade depuis sept ans, présente actuellement, après une phase érotomaniaque puis de persécution, un délire mystique stéréotypé et incohérent, avec indifférence émotionnelle et familiale, stéréotypies d'attitude, verbales et graphiques.

Discussion : M. Claude. A côté des signes d'affaiblissement intellectuel assez étendu, ces malades présentent des caractères assez intéressants au point de vue de la systématisation des idées. Leur affaiblissement a été progressif et leur délire, assez systématisé au début, de plus en plus puéril et dementiel. La deuxième a plus de coordination que la première et elle a eu des périodes d'hyperidéation qui se manifestait par des dessins et des travaux d'aiguille tout à fait remarquables; jamais cependant elle n'a pu faire d'efforts continus; ses points devenaient alors incorrects et son travail se déformait. Sur ses cahiers, on peut suivre le travail de déformation de sa pensée, d'abord normale, puis stéréotypée, devenue enfin niaise et incohérente. La démence permet ainsi des éclaircies mentales et des associations d'idées normales, correspondant vraisemblablement à l'intégrité de certains territoires cérébraux. — M. Roubinovitch n'a pas l'impression que ces deux malades

soient des déments précoces. La première a eu une grande rémission, ce qui est extrêmement rare dans la démence précoce; elle a le masque de la dépression et du mutisme et lui paraît être une mélancolique périodique. Pour la deuxième, on parvient facilement à fixer son attention, alors que la chose est impossible ou très difficile dans la démence précoce; elle n'offre guère la dissociation des idées et ne manifeste pas l'incohérence absolue des déments précoces; il diagnostiquerait plutôt chez elle une sorte de paranoïa avec débilité mentale et délire mal systématisé et mal organisé. — M. *Claude* maintient ses diagnostics. L'attention de sa première malade ne se fixe point comme celle des mélancoliques; elle chante d'un air béat, ne s'intéresse à rien, est désordonnée, sale, indifférente, ni déprimée, ni hostile, ni concentrée. Quant à la seconde, son attention ne se maintient que quelques secondes; ses associations d'idées sont baroques; ses stéréotypies de geste, d'écriture, de dessin sont nombreuses; ses manifestations intellectuelles toutes de même forme; enfin, il y a une dégradation nette et progressive de son intelligence; année par année l'affaiblissement est plus évident et plus prononcé. — M. *Briand* évoque l'hypothèse d'un mutisme par hallucinations impératives. — M. *Gilbert Ballet*. La démence précoce comporte-t-elle un affaiblissement global de toutes les facultés intellectuelles? Dans un très grand nombre de cas, ce n'est pas vrai. Il y a quelque chose de très frappant chez les déments précoces, stéréotypés, indifférents, malpropres, paraissant absolument déchus, c'est de pouvoir parfois obtenir d'eux une réponse appropriée à une question posée et une remarque non dénuée de justesse. Ils ont une conservation relative de la notion du temps et de la valeur des choses. Leur démence enfin, leur déficience psychique, ne suppose pas fatalement une évolution progressive. Il est, d'autre part, des démences qui ne sont pas définitives, telle la démence polynévritique.

V. — *Présentation d'une paralytique générale juvénile*; par les D<sup>rs</sup> Baudoin et Lévi-Valensi. — Petite malade âgée de dix-sept ans dont le père et la mère sont tous deux morts de paralysie générale. On peut invoquer avec M. Gilbert Ballet une virulence toute particulière de la syphilis antécédente et causale.

VI. — *Sur la psychose hallucinatoire chronique*; par le D<sup>r</sup> Dide. — Ce syndrome clinique dans lequel le malade assiste en spectateur à tous les phénomènes hallucinatoires sans en

tirer un système d'interprétations délirantes n'est pas absolument exceptionnel. C'est le type de la psychose atteignant un cerveau valide.

Discussion : M. *Séglas*. Ces malades sont essentiellement des hallucinés ; ils ne font pas la moindre tentative d'interprétation et n'ont pas de délire à proprement parler. Ils se contentent de noter leurs hallucinations à la minute où elles se produisent. Ils ne diffèrent en rien des hallucinés dits conscients. Ils ne corrigent pas leurs hallucinations ; celles-ci sont acceptées et enregistrées sans critique. Leur situation reste identique des années entières et l'on assiste à une chronicité stéréotypée sans phénomène dementiel. Ces malades sont à distinguer des délirants chroniques délirant de longues années sans aboutir à une démence caractérisée (la démence n'est pas un aboutissant fatal du délire et, lorsqu'elle survient, elle est indépendante de lui). Beaucoup ont encore tendance à dire d'une psychose qu'elle est dementielle parce que hallucinatoire. Or, l'hallucination par elle-même n'est pas un phénomène dementiel ; elle n'est ni symbole, ni facteur de démence. — M. *Deny*. Les hallucinations de ces malades ne sont pas tout à fait comparables aux hallucinations des délirants chroniques ; elles ne sont pas aussi nettes ni complètes ; elles restent à l'état vague, indéterminé, flottant. Ces malades sont incapables de préciser leurs hallucinations et dire d'où elles viennent, comment elles se produisent ; ils sont à rapprocher des obsédés hallucinés. — M. *Janet*. Il est difficile d'accepter qu'une hallucination soit complète et ne s'accompagne pas de délire. « Une hallucination est un délire », disait fort justement M. *Séglas* à Tamburini. — M. *Séglas*. Ces malades sont d'emblée des hallucinés ; ils n'ont pas de délire préalable. — M. *Dupré* est tout à fait de l'avis de M. *Séglas*. L'hallucination, chez ces malades, est pure, sans aucune interprétation ni conception délirante ; ils enregistrent simplement leurs hallucinations auditives, de nature pénible. La sensibilité générale peut être pareillement victime de ces hallucinations et il existe un certain nombre de cénestopathes sans délire. — M. *Dujour*. Pourquoi est-on obligé d'interner ces malades ? — MM. *Dide* et *Séglas*. A cause de leurs phénomènes réactionnels plus ou moins violents.

VII. — *Sur la folie maniaque-dépressive* ; par le D<sup>r</sup> *Dide*. — La forme maniaque dépend d'une diminution des phénomènes d'inhibition systématique et d'une perversion de l'asso-



ciation systématique avec exagération de l'automatisme; la forme mélancolique dépend d'une exagération de l'inhibition systématique de Janet. Les cas non récidivants sont des formes frustes. L'existence d'hallucinations et d'affaiblissement intellectuel doivent faire rejeter le diagnostic de la folie maniaque-dépressive.

VIII. — *Un cas de surdité verbale pure*; par les D<sup>rs</sup> G. Maillard et P. Hébrard. — Présentation d'une malade de vingt-quatre ans, atteinte de cette forme très rare d'aphasie, dont l'existence est même contestée par quelques auteurs, et qui serait survenue chez elle   la suite d'une embolie (due très probablement à un rétrécissement mitral).

*Séance du 15 décembre 1910.*

I. — *Rémissions au cours de la paralysie générale; rapports de la paralysie générale et du diabète*; par le D<sup>r</sup> Alfred Gallais. — Observation de deux femmes glycosuriques et présentant le tableau syndromique de la paralysie générale chez lesquelles on assiste à une rémission de la paralysie générale d'une très longue durée. L'auteur insiste sur ce fait que les rémissions rapportées sont des rémissions dont la marche fut progressive. Dans le premier cas, qui date de cinq ans, on a affaire à une rémission du type « rémission-rétrocession ». Le second, qui dure depuis trois ans, tient à la fois du type « rémission progressive » par l'amélioration des phénomènes mentaux, et du type « rémission arrêt » par la non-régression de la plupart des signes physiques. Chez les deux malades étudiées, l'amélioration de l'état mental a précédé celle des symptômes somatiques. Chez la première enfin, où une suppuration osseuse abondante a coïncidé avec l'installation de la rémission, on a pu constater la disparition de l'inégalité pupillaire et du signe d'Argyll-Robertson.

M. G. Ballet pose la question de la disparition du signe d'Argyll. Il met en doute l'existence antérieure de ce signe chez les deux malades de M. Gallais qui, aujourd'hui, ne le présentent plus. Il faut, dit-il, le rechercher avec un soin très méticuleux et les causes d'erreur sont nombreuses. Il faut s'astreindre à sa constatation par un ophtalmologiste compétent.

II. — *Recherches urologiques dans la paralysie générale*; les

*échanges urinaires chez quelques paralytiques généraux aux trois périodes classiques et à la période pré-mortelle*; par les D<sup>rs</sup> Henri Labbé et Alfred Gallais. — Les auteurs insistent tout particulièrement sur l'étude du volume, sur l'évolution de l'acidité urinaire, sur les échanges chlorurés qui fournissent des vues nouvelles sur l'épreuve de la chlorurie expérimentale; sur le peu de valeur du coefficient dit de déminéralisation, sur la mauvaise assimilation de l'azote. Tous leurs résultats nécessitent l'isolement d'une période prémortelle qui se différencie cliniquement de la troisième période des classiques par un abaissement rapide de la courbe du poids, la profondeur des escarres et une forte élimination d'azote ammoniacal. Toutes les caractéristiques urinaires convergent vers cette constatation clinique.

III. — *Paralysie générale à début anormal*; par le D<sup>r</sup> Félix Rose. — Observation d'un malade vu pour la première fois en décembre 1909 en pleines crises épileptiformes sensitivo-motrices, à type jaksonnien net. L'examen mental et somatique ne révéla rien en dehors d'une bradycardie qui pouvait expliquer les crises convulsives. En juillet-août éclatèrent des troubles mentaux typiques, révélateurs d'une paralysie générale en évolution et nécessitant l'internement.

Si la bradycardie est fréquente dans la période cachectique de la paralysie générale, on ne l'a guère signalée comme phénomène initial. Dans le cas présent, elle pouvait paraître liée à la maladie de Stokes-Adam.

IV. — *A propos de la réaction de précipitation du sérum des déments précoces*; par le D<sup>r</sup> Félix Rose. — Cette réaction, décrite par Geisler en avril 1900, n'est que l'application de la méthode générale des précipitines. Pour Geisler, il est possible de démontrer par elle la présence d'une substance spéciale dans le sérum des hétérophréniques et des catatoniques, mais non dans celui des paranoïdes et il en conclut à la non unité de la démence précoce, la démence paranoïde se classant tout à fait à part au point de vue sérologique; par contre, il préconise la méthode pour le diagnostic des deux premières variétés.

Pour M. Rose, la méthode est peu pratique, les hétérophréniques et les paranoïdes ne se prêtant pas au grand nombre de prises de sang nécessaires. Chez les catatoniques, il n'a pu retrouver les faits de Geisler.

V. — *Épisode confusionnel suivi d'amnésie contemporain de la ménopause*; par le D<sup>r</sup> Pierre Kahn. — Il s'agit d'une femme de cinquante-trois ans qui, depuis une quinzaine d'années,

présente au moment de ses règles une période d'excitation psychique et motrice. Le mois dernier cette période a été remplacée par quelques heures de confusion (accès brutal d'automatisme avec, ensuite, amnésie rétro-antérograde et confusion mentale). La malade, très calme, était complètement désorientée dans l'espace et le temps. Cette crise se termina brusquement et fut suivie d'une amnésie presque complète des faits accomplis pendant ce laps de temps. Ce cas est intéressant parce qu'il rappelle certains épisodes d'absences comitiales. Or, il est pour ainsi dire impossible d'en fixer ici la nature, car absolument rien chez cette malade ne peut faire penser ni à l'épilepsie ni à l'hystérie. Mais, à un autre point de vue, il est à noter que cette absence est apparue comme l'équivalent d'une période d'excitation cyclothymique et que cette femme est la mère d'une malade que MM. Pierre Kahn et Guichard ont présentée à la Société il y a deux mois comme un cas intéressant de manie akinétique. Ajoutons que la mère de cette femme a fait un épisode de confusion mentale hallucinatoire au cours d'une variole et qu'une de ses sœurs est somnambule.

Discussion : M. *Voisin* pense qu'il s'agirait d'une manifestation hystérique plutôt que d'un accident épileptique. — M. *Vallon* pense, au contraire, bien plus à l'épilepsie qu'à l'hystérie. La période d'amnésie de l'épilepsie n'est pas toujours absolue. Il est des cas où le malade est seulement obnubilé et conserve encore quelques souvenirs. Il ne faut pas faire de l'amnésie complète la caractéristique de l'épilepsie. L'amnésie peut être partielle dans l'épilepsie. — M. *Kahn*. On peut faire dépendre les phénomènes présentés d'une bouffée toxique et congestive survenue au moment des règles et à rapprocher des cas étiquetés autrefois épilepsies symptomatiques. — M. *Gilbert Ballet* insiste sur la rareté de ces cas où l'épisode confusionnel et amnésique à évolution courte est unique dans la vie du malade. Ces ictus amnésiques dont il rapporte un cas chez une femme vierge de tout passé névropathique lui paraissent dus à l'épilepsie. — M. *Dupré* a observé à l'infirmerie du Dépôt un certain nombre de ces ictus amnésiques qu'on ne sait où classer, qui ne peuvent être rattachés avec certitude à la sénilité ou à l'épilepsie, qui trahissent une claudication intermittente du cerveau, celle-ci paraissant elle-même dépendre de troubles vasculaires, et notamment d'angiospasmés.

VI. — *Amnésie essentielle*; par le D<sup>r</sup> Dufour et M<sup>lle</sup> Gui-

chardon. — Histoire d'un chauffeur de vingt-six ans chez qui s'est développé, à partir de vingt et un ans, un affaiblissement progressif de la mémoire, sans aucun trouble pathologique concomitant. La mère du malade a présenté, à un âge plus avancé toutefois, une amnésie de ce genre. Le caractère familial, la progression, l'absence de tout autre trouble rappellent l'histoire du tremblement dit essentiel; c'est pourquoi les auteurs proposent le nom d'amnésie essentielle pour ce cas d'anomalie de développement de la mémoire et deux autres pareils dont ils ont eu connaissance.

Discussion : M. *Arnaud* fait remarquer que cette amnésie est bizarrement élective, portant sur certains faits et ne portant pas sur d'autres et cela dans le même temps et sans raison apparente. — M. *Séglas* rappelle un cas un peu dissemblable mais qui pourrait relever d'un même mécanisme psychologique, l'exagération inconsciente d'un trouble léger (un peu d'amnésie pour les noms, les chiffres, les dates) avec négativisme spécial et idée fixe d'une amnésie généralisée et continue; l'habitude de cette exagération deviendrait une sorte de stéréotypie et survivrait au trouble réel lui-même. — M. *Dupré*. Le mécanisme psychologique invoqué par M. *Séglas* est fréquent dans les troubles consécutifs aux accidents du travail et cette aptitude psychopathique de l'amnésie de fixation est intéressante à connaître.

ROGER DUPOUY.

---

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

*Elementos de Medicina legal* (Éléments de médecine légale); par le P<sup>r</sup> Afranio Peixoto. 1 vol. in-8 de 523 pages. Rio de Janeiro, F. Alver, 1910.

Ce précis, destiné aux médecins experts et aux magistrats, traite sous une forme concise de toutes les questions constituant la médecine légale: responsabilité et capacité, délits sexuels (dans lesquels sont compris l'avortement criminel et l'infanticide), atteintes à la santé d'autrui et à la sienne propre, étude de la mort et des phénomènes cadavériques, examens de laboratoire, anthropologie judiciaire, déontologie médicale. L'exercice et l'enseignement de la médecine légale au Brésil font l'objet du dernier chapitre, qui se termine par la bibliographie complète de tous les travaux médico-légaux publiés dans ce pays.

La médecine légale des aliénés, qui occupe dans ce volume une place importante, nous retiendra seule au cours de cette analyse. Elle se divise en plusieurs parties: 1<sup>o</sup> Responsabilité pénale et capacité civile; 2<sup>o</sup> Séméiologie et pathologie mentales; 3<sup>o</sup> Règles et conditions de l'expertise chez les aliénés.

La responsabilité pénale ou *imputabilité* (devoir de répondre de ses actes), qui dérive de l'aptitude de tout homme mûr et mentalement sain à déterminer sa volonté à l'aide d'idées et de représentations, et la *capacité* (faculté d'exercer ses droits civils), qui dérive de l'aptitude à se diriger dans la vie par la connaissance des notions juridiques régulatrices des relations sociales, supposent avant tout une personnalité saine et complètement développée, ou en d'autres termes l'unité et l'identité du moi. De ces postulats se déduisent l'existence de limites de la responsabilité et de la capacité, et de conditions qui les modifient (altérations passagères ou définitives de la personnalité). En quelques pages, l'auteur passe en revue toutes ces conditions, en énonçant à mesure les articles du Code brésilien qui s'y rapportent. L'âge est un des plus importants parmi les

facteurs qui limitent la responsabilité et la capacité : la loi pénale, au Brésil, admet l'irresponsabilité totale des mineurs jusqu'à l'âge de neuf ans ; de neuf à quatorze ans, se pose la question du discernement ; de quatorze à vingt et un ans, période de criminalité juvénile maxima, la puberté entraîne le bénéfice des circonstances atténuantes. Les causes de modification de la capacité et de la responsabilité dans l'un ou l'autre sens sont successivement envisagées : le sexe, les bons antécédents ou la récidive dans un crime de même nature ; l'état mental des aphasiques, l'état mental des moribonds (dont il est très difficile d'apprécier la capacité civile) ; la surdi-mutité (qui crée l'irresponsabilité et l'incapacité par suite de développement psychique incomplet) ; l'ivresse incomplète (circonstance atténuante quand elle n'est pas volontaire) ; la prodigalité (capacité diminuée).

Les états émotionnels ou passionnels ne sont pas explicitement mentionnés dans le Code brésilien comme modifiant l'imputabilité ; dans la pratique, ils sont assimilés aux états de privation complète des sens et de l'intelligence. L'auteur leur dénie jusqu'à la valeur de circonstances atténuantes. Au sujet des crimes commis pendant le sommeil normal ou pathologique (états hypnotiques), ou sous l'influence des suggestions criminelles, M. Peixoto fait table rase de toutes les théories émises sur la possibilité de crimes commis par un sujet en état d'hypnose : il n'en existe pas un exemple dans la science, alors que des actes criminels ont été réalisés, dans quelques rares cas, par des individus en état de somnambulisme naturel. — La capacité civile relative attribuée par la loi aux intervalles lucides de la folie, est une erreur juridique en contradiction avec l'infériorité psychique de ces malades, cliniquement établie. Les aliénés sont irresponsables par application de l'article 27, § 4 du Code pénal : *Ne sont pas criminels ceux qui se trouvent en état de privation complète des sens et de l'intelligence au moment de commettre le crime.* M. Peixoto critique cette formule, qui, prise à la lettre, ne s'appliquerait qu'au cadavre, et qui a permis aux états passionnels de bénéficier abusivement de l'irresponsabilité totale. Il voudrait voir remplacer le mot de *privation* par celui de *perturbation*, beaucoup plus large. Les états d'aliénation mentale, qui abolissent la responsabilité et annulent la capacité, comprennent : l'imbécillité native et la démence sénile, les états caractérisés par la privation complète des sens et de l'intelligence, aux termes du Code pénal, la folie (psy-

choses aiguës), et l'aliénation (psychopathies chroniques) définie par les lois civiles, c'est-à-dire l'ensemble des états pathologiques dans lesquels les perturbations mentales présentent un caractère antisocial. En conclusion de cette étude minutieuse de la responsabilité pénale, l'auteur considère comme inutile de choisir entre les deux opinions de Gilbert Ballet et de Grasset sur le problème de la responsabilité. L'expert doit répondre aux questions du juge en se basant sur ce critérium positif : est capable et responsable tout homme mentalement développé et mentalement sain.

Dans le chapitre de Séméiologie mentale, inspiré de Morselli, sont passés en revue : les troubles de la perception (perceptions illusives, altérations de l'attention), les troubles de la conscience (inconscience et états crépusculaires, hyperconscience, altérations de la personnalité), les troubles de l'intelligence (mémoire : amnésies ou dysmnésies, hypermnésie; idéation : altérations de l'association des idées, idées délirantes), les troubles de l'émotion (euphorie, dépression, indifférence émotionnelle; phobies, obsessions, perturbations cénesthésiques), les troubles de la volonté (aboulie, négativisme, suggestibilité et impulsivité, stéréotypies).

Dans un court aperçu de la pathologie mentale, l'auteur se révèle un chaud partisan des conceptions kraepeliniennes, mais apporte sur divers points ses idées personnelles. Dans le chapitre consacré à la dégénérescence mentale (définie un *complexus* d'états psychopathiques provenant de la déviation ou de la régression du type originaire, diminué constitutionnellement de résistance, et aboutissant à la stérilité comme terme final), M. Peixoto s'élève contre l'extension exagérée donnée au cadre de la dégénérescence mentale et combat la conception des états morbides originaires et des personnalités psychopathiques de Kraepelin. Les phobies, obsessions, impulsions, qu'il décrit avec les stigmates psychiques, appartiennent plutôt, selon lui, à la psychasthénie. Parmi les perversions sexuelles, il ajoute, à celles devenues classiques, les topoinversions (coït buccal, axillaire, etc.) et les chronoinversions (inclination des jeunes garçons pour les femmes âgées, et inversement, avec impuissance dans les conditions physiologiques). — Les auto-intoxications jouent un rôle important dans la genèse de plusieurs psychoses; telles sont l'épilepsie (où elles éclairent la pathogénie des manifestations morbides); l'alcoolisme. Les troubles mentaux des alcooliques sont dus à une auto-intoxica-

tion consécutive aux troubles métaboliques graves créés par l'alcool. C'est surtout dans l'alcoolisme chronique que l'intoxication externe se complique d'une paratoxémie secondaire plus dangereuse encore. — Bien que la syphilis tienne la plus large place dans l'étiologie de la paralysie générale (plus rare au Brésil qu'en Europe), 20 p. 100 des cas doivent être attribués à d'autres causes.

Des généralités sur l'expertise psychiatrique, sur les formalités légales de l'internement des aliénés, accompagnées de conseils pratiques pour l'examen des malades, et d'un chapitre sur le diagnostic de la simulation, de la sur-simulation, et de la dissimulation, terminent cette partie très intéressante du livre consacrée à l'étude de l'aliénation mentale.

L. ARSIMOLES.

---

*Das Gedächtniss* (La mémoire), par le professeur Th. Ziehen.  
Broch. in-8°, Berlin, Hirschwald, 1908.

Des études faites avec un esprit plus scientifique dans le domaine de l'observation psychologique et de la physiologie cérébrale ont réduit à néant les naïves erreurs des anciens, et ont éclairé d'un jour nouveau les phénomènes de la mémoire. Rétention et reproduction, c'est-à-dire souvenirs latents et souvenirs actuels, tels sont les deux actes principaux de la mémoire. L'expérience de *Moëbius* sur le brochet en a démontré l'existence chez les poissons. A mesure qu'on monte dans la série animale, la mémoire augmente, l'enfant en donne des signes dès les premières semaines, et cette faculté augmentant avec l'âge, arrive à son maximum chez l'adulte. La rétention néanmoins se développe plus vite que la reproduction, elle atteint son maximum vers l'âge de la puberté, tandis que la reproduction augmente jusque vers la cinquantième année. Il en résulte que l'optimum de mémoire se place sensiblement après la puberté, c'est-à-dire, au moment où le maximum de rétention n'est pas encore loin et où celui de la reproduction s'approche déjà.

Les souvenirs ne sont pas, comme l'ont cru Hume et Hobbes, des sensations diminuées, et leur intensité est indépendante de l'intensité de la sensation. Chaque souvenir étant lié à d'autres dont nous ne pouvons l'isoler, nous ne pouvons en reproduire qu'un à un moment donné, et celui-ci est aussitôt refoulé par un autre au rang des souvenirs latents. Ceux-ci



d'ailleurs sont sujets à s'effacer, mais cet effacement n'est pas proportionnel au temps. La courbe de l'oubli présente un « *point critique* » variable suivant les sujets, point auquel commence l'effacement pour s'étendre d'abord rapidement aux souvenirs récents, et ensuite avec lenteur, en sens inverse, aux souvenirs anciens. Vérifiée pour l'homme sain (méthode de Fechner), cette loi s'applique aussi aux cas pathologiques; on le constate dans les psychoses à forme démentielle, notamment dans la paralysie générale.

Ce processus de l'oubli est qualitatif, actif, il est le fruit de l'association des idées en deçà du seuil de la conscience, de la « *cérébration inconsciente* », comme disent les auteurs français. A l'état physiologique, il produit les erreurs de récit, les variations de témoignage en justice après un certain laps de temps; dans certaines affections mentales, il donne lieu au symptôme de confabulation.

La reproduction d'un souvenir a lieu par une sensation analogue à celle qui lui a donné naissance ou par un autre souvenir auquel il s'est trouvé associé dans le passé. Plus il y aura de souvenirs retenus, et plus il y aura entre eux d'associations, plus la mémoire sera riche; elle est d'ailleurs facilitée aussi par le ton affectif, il semble même qu'il y ait une espèce de sélection en faveur des souvenirs agréables. Ceci bien entendu à l'état normal, car on sait qu'à l'état de tristesse morbide, de mélancolie, toute voie est barrée aux souvenirs agréables.

La conception de la mémoire comme fonction indivisible survécut aux travaux de Gall, quoi qu'il admît une mémoire des choses, des personnes, des mots; elle survécut même aux premiers travaux de Hitzig. C'est avec Munck, avec la notion de la cécité et de la surdité psychiques que cette mémoire générale cède la place aux mémoires partielles, optique, acoustique, tactile, localisées dans des centres différents et indépendants des centres des sensations. Cette doctrine trouva surtout une base solide dans l'étude de la cécité et de la surdité verbale. Sur ce terrain restreint du langage, il était en effet plus aisé que sur celui de la cécité et de la surdité psychique générales, de constater l'intégrité des sensations concurremment avec la perte des souvenirs. Complètement séparés les uns des autres, les centres sensoriels et mnésiques, en vertu du principe de la division du travail dont la physiologie offre de nombreux exemples, entreraient en activité à chaque excitation; mais alors que l'activité du centre de la sensation cesserait avec

l'excitation, le centre mnésique enregistrerait cette excitation sous forme d'une altération durable.

Nos souvenirs apparaissent donc, non comme des processus psychiques, mais comme des *changements matériels*. On a voulu considérer autrefois les souvenirs latents comme des processus psychiques inconscients, comme si le fait d'être conscient n'était pas précisément la caractéristique du processus psychique. Processus matériels, nos souvenirs ne différencieraient que quantitativement des phénomènes réactionnels des êtres inférieurs. Hering est allé dans cette voie jusqu'à parler d'une mémoire de la matière vivante, et même de la matière en général.

La complication croissante de la structure anatomique expliquerait les progrès quantitatifs prodigieux des phénomènes de mémoire dans la série des êtres.

La reproduction, l'association résulterait d'une excitation cérébrale qui, en atteignant le siège du souvenir latent, transformerait celui-ci, d'une manière d'ailleurs insaisissable, et, à l'état résultant de cette transformation, correspondrait sur le terrain psychique le souvenir actuel, le seul de nos souvenirs qui à un moment donné ait une existence psychique. Il y a là, pour l'auteur, un processus psychique parallèle qui n'est qu'un épiphénomène qui ne modifie en rien le processus général, les manifestations les plus compliquées de la mémoire s'expliquant, comme les plus simples, par des lois purement mécaniques.

Quant au grand problème du physique et du psychique qui se pose ici, quant à l'explication à donner à cette apparition d'un phénomène psychique conjointement au fait matériel, l'auteur ne s'y arrête pas. Cela relève, dit-il, du problème de la théorie de la reconnaissance, problème pour la solution duquel on pourra utiliser et vérifier les *processus matériels supposés* à la suite de ses recherches psycho-physiologiques.

D<sup>r</sup> A. ADAM.

*Unsere Schlafmittel* (Nos médicaments hypnotiques); par le D<sup>r</sup> C. Bachem. Broch. in-8°; Berlin, Hirschwald, 1909.

Après des considérations générales sur les médicaments qui agissent comme déprimants sur le système nerveux, l'auteur fait une étude complète de ceux qui sont employés en vue de provoquer le sommeil. La théorie la plus universellement admise aujourd'hui pour expliquer l'état de sommeil, est celle soutenue

par Meyer et par Overton, qui voient dans cet état un phénomène physico-chimique. En ce qui concerne les médicaments hypnotiques, ils doivent leur effet à la propriété de pénétrer facilement dans le protoplasma cellulaire. Ce sont, en effet, des corps facilement solubles dans les huiles grasses, et qui, à ce titre se fixent facilement dans les cellules du système nerveux central, parce que ces cellules renferment, non des huiles grasses, mais des substances chimiquement voisines de ces huiles, telles que la cholestérine, la lécithine, en un mot des « lipoides », comme dit Overton. La proportion dans laquelle se fait cette fixation des médicaments hypnotiques par les cellules nerveuses, constitue le coefficient de partage, et l'on a constaté que l'effet hypnotique augmente parallèlement à ce coefficient. Celui-ci, en effet, est de 1,1 pour le sulfonal, de 4 pour le tétronal, de 4,5 pour le trional, de 7,2 pour le neuronal et de 9,6 pour l'isoprâl.

D'autre part, les hypnotiques appartiennent presque exclusivement à certains groupes chimiques. Fraenkel les divise en trois groupes selon qu'ils doivent leur activité à leur teneur en halogènes, en groupes alcooliques, ou en groupes aldéhydiques et cétoniques. L'auteur étudie successivement les médicaments de ces trois groupes, en insistant pour chacun d'eux sur les propriétés physiques, chimiques, pharmacologiques, thérapeutiques; il indique le mode d'emploi, les doses et jusqu'au prix. Son travail est très complet et très intéressant; mais, ne pouvant le suivre ici dans tous ces développements, je dois me borner à consigner les indications qui intéressent spécialement le traitement des affections mentales :

#### 1° *Hypnotiques halogénés* :

Le chloral, en raison de son action nuisible sur le cœur et le centre vasomoteur, est employé de moins en moins. Il reste indiqué dans les psychoses avec grande excitation, et doit être dans ces cas prescrit à dose élevée. Dose maxima, 3 grammes; *pro die*, 6 grammes.

Le chloral formamidé, appelé à tort chloralamide, n'a pas d'action fâcheuse sur la circulation, et a donné des résultats dans certaines affections mentales. Dose maxima, 4 grammes; *pro die*, 8 grammes.

Le viferral, combinaison de chloral et de pyridine, agit dans l'insomnie purement nerveuse; échoue dans les psychoses. Dose, 1 gr. 5 à 2 grammes.

Le dormiol est recommandé dans la pratique psychiatrique

par Ziehen, surtout en alternant avec d'autres hypnotiques. Schultze le recommande dans la mélancolie, la dépression, l'hypocondrie. N'a pas d'action sur la circulation. Dose, 0 gr. 50 à 2 grammes ; ne pas dépasser 3 grammes.

L'isopral, plus actif et moins toxique que le chloral, a cependant comme lui une action paralysante sur la circulation. Dose, 0 gr. 50 à 1 gr. Chez les aliénés, il faut aller parfois jusqu'à la dose extrême de 2 grammes.

Le neuronal, qui renferme 41 p. 100 de brome, est sédatif et antiépileptique. Peu efficace chez les aliénés agités.

Le bromural, grâce à sa teneur en brome (35 p. 100), et au groupement isopropylique qui lui est commun avec l'acide valérianique, a une influence heureuse sur l'agitation postépileptique. Peu actif dans les psychoses. Dose ordinaire, 0 gr. 60.

### 2° *Hypnotiques à radical alcoolique :*

L'hydrate d'amyle est de tous les hypnotiques celui qui a l'action la plus rapide, sinon la plus durable. On l'a employé avec succès dans toutes les affections mentales ; même lorsqu'il ne procure pas le sommeil, il amène un repos psychique bien appréciable. Dose moyenne, 2 à 3 grammes. Dose maxima, 4 grammes ; *pro die*, 8 grammes.

Le sulfonal n'agit guère que dans l'insomnie sans douleur ni excitation ; il produit des malaises et des effets toxiques graves. Dose maxima, 2 grammes ; *pro die*, 4 grammes.

Le trional ne présente pas les inconvénients du sulfonal ; c'est un des meilleurs hypnotiques, notamment dans la mélancolie et les états hallucinatoires. Après les auteurs français, Ziehen l'a associé heureusement au paralaldéhyde, ce qui renforce beaucoup son effet. Dose maxima, 2 grammes ; *pro die*, 4 grammes ; ou bien 1 gramme de trional associé à 2 grammes de paralaldéhyde.

L'hédonal, au besoin associé à l'opium, réussit dans les cas d'agrypnie sans douleur et sans forte excitation. Dose, 1 gr. 5 à 3 et même à 4 grammes.

L'uréthane est inoffensif à 6 grammes par jour, mais échoue souvent chez les aliénés.

Le véronal, médicament actif et sûr, a donné des succès dans toutes les formes de psychoses et dans l'état épileptique. S'il n'agit seul, on peut lui associer la morphine. On le prescrit à la dose de 0 gr. 30 à 1 gr. 50. Les accidents rapportés démontrent qu'il est prudent de ne pas laisser plus de 5 grammes entre les mains du malade.

Le proponal, voisin du véronal, agit plus rapidement et à dose moindre 0 gr. 30 à 0 gr. 50. Chez certains aliénés on peut dépasser cette dose; mais il ne faut pas oublier que la dose toxique est proche de la dose thérapeutique.

3° *Hypnotiques du groupe aldéhydrique ou cétonique* :

Le paralaldéhyde trouve ses indications surtout en psychiatrie, dans la mélancolie, la manie, l'épilepsie, l'alcoolisme, le *delirium tremens*. D'un effet très sûr, sans action troublante sur la circulation, il a l'inconvénient d'irriter les muqueuses, de rendre l'haleine fétide. On commence par 3 grammes, la dose maxima est de 5 grammes. Chez les aliénés il faut arriver souvent à la dose de 10 grammes. Doit être prescrit en solution étendue.

D<sup>r</sup> A. ADAM.

*Recherches sur l'hérédité dans les maladies mentales*; par le D<sup>r</sup> L. Lagriffe. Broch. in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle et de médecine légale*; n° du 15 juillet 1910.

Tout le monde, même le profane, s'accorde à considérer comme primordial le rôle joué par l'hérédité en pathologie mentale. L'hérédité similaire est cependant exceptionnelle et les cas d'aliénation mentale confirmée chez les ascendants beaucoup plus rares qu'on serait tenté de le croire. Les tares ne surgissent généralement que peu à peu et c'est seulement au moment où leur accumulation sera suffisante que l'aliénation mentale se manifestera de façon évidente. Les causes occasionnelles et efficaces, d'autre part, sont extrêmement variables suivant les cas, et leur puissance est parfois capable de provoquer des aliénations fort graves chez des individus à hérédité peu chargée ou presque nulle. Il ne faut donc pas attribuer à l'hérédité plus d'importance qu'elle ne doit en avoir et il ne faut surtout pas lui donner partout la même valeur.

M. Lagriffe a classé les différentes formes mentales qu'il a observées dans le cours d'une année d'après la valeur du facteur hérédité et il établit ainsi une échelle de gravité de ces psychoses, en partant des plus simples, des plus accidentelles, des plus curables, pour terminer par celles qui exigent pour se produire des causes très puissantes, nécessitant plus souvent que les autres l'intervention de l'hérédité. Des conclusions de sa statistique particulière, il résulte que :

1° L'hérédité est un fait général qui domine l'étiologie des maladies mentales ;

2° Cette hérédité est le plus souvent unilatérale, avec cependant tendance à l'égalité des deux chiffres ;

3° L'importance de l'hérédité se fait indubitablement sentir surtout du côté maternel ;

4° L'hérédité est le plus souvent purement nerveuse, elle est aggravée par certains facteurs sociaux importants : la tuberculose et surtout l'alcoolisme ;

5° Dans près de la moitié des cas, l'hérédité atteint aussi les collatéraux, mais beaucoup plus souvent dans le sens névropathique que dans le sens psychopathique ;

6° La race semble être en partie préservée par la fréquence du célibat, des fausses couches, de la mortinatalité, des mariages sans enfants chez les aliénés ;

7° La descendance des aliénés est sérieusement compromise dans près de la moitié des cas où elle existe.

ROGER DUPOUY.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

O. RANKE. Ueber experimentelle Störung von Differenzierungsvorgängen im Zentralnervensystem. 8 pages in-8°. Extrait du *Centralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie*, 1910.

Fifty-sixth annual report of the trustees of the Taunton state hospital for the year ending november 30, 1909. 56 pages in-8°. Boston, 1910.

ORTIZ DE CÁNTONAD, MONTANER ROCA et BRAVO MORENO. Un caso de debilidad de espíritu. Informe de psiquiatria forense. 8 pages in-8°. Extrait de *Clinica y Laboratorio*, 1910.

L. VERNON BRIGGS. Observation Hospitals or Wards for early cases of mental disturbance. 20 pages in-8°. Extrait de *Boston medical and surgical Journal*, september 1906.

— Restraint instead of treatment. A relic of medieval times in our present hospitals for the insane. 10 pages in-8°. Extrait du *Boston medical and surgical Journal*, mars 1910.

L. MARCHAND. Des accès épileptiques atypiques. 9 pages in-8°. Extrait de la *Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale*, numéro d'avril 1910.

---

---

# VARIÉTÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Bureau pour 1911

La Société médico-psychologique a procédé, dans sa séance du 27 décembre 1910, au renouvellement de son Bureau pour l'année 1911.

Ont été élus :

*Président* : M. SÉRIEUX ;

*Vice-président* : M. KLIPPEL ;

*Secrétaire général* : M. RITTI ;

*Secrétaires annuels* : MM. DUPAIN et JUQUELIER ;

*Trésorier* : M. PACTET.

*Bibliothécaire-archiviste* : M. BOISSIER.

---

## LISTE DES MEMBRES

### MEMBRES HONORAIRES

BRUNET (Daniel), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 1, rue Dupuytren. — 30 janvier 1860.

CHARPENTIER, médecin honoraire de la Salpêtrière, 98, rue des Chesneaux, Montmorency (Seine-et-Oise). — 30 mai 1881.

NAGEOTTE, médecin de Bicêtre, 82, rue Notre-Dame-des-Champs. — 25 juillet 1898.

TAGUET, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés. — 15 novembre 1875.

VOISIN (Jules), médecin honoraire de la Salpêtrière, 23, rue Saint-Lazare. — 10 novembre 1879.

### MEMBRES TITULAIRES

ANTHEAUME, médecin en chef honoraire de la Maison nationale de Charenton, 6, rue Scheffer. — 27 mars 1899.

ARNAUD (L.-F.), médecin-directeur de la maison de santé, 2, rue Falret, Vanves (Seine). — 27 mai 1889.

BALLET (Gilbert), professeur de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 39, rue du Général-Foy. — 28 mai 1883.

- BLIN, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 mai 1889.
- BOISSIER (François), médecin, 276, boulevard Raspail, Paris. — 29 octobre 1894.
- BRIAND (Marcel), médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 25 juillet 1881.
- BROUSSE (Paul), médecin, 2, rue des Fossés-Saint-Marcel. — 26 novembre 1906.
- CAPGRAS, médecin-adjoint de l'asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 29 janvier 1906.
- CHASLIN (Ph.), médecin de l'hospice de la Salpêtrière, 64, rue de Rennes. — 23 mai 1887.
- CLÉRAMBAULT (de), médecin-adjoint de l'Infirmerie spéciale près le Dépôt de la Préfecture de police, 23, quai Voltaire. — 30 décembre 1907.
- COLIN (H.), médecin en chef de l'asile de Villejuif, 26, rue Vauquelin. — 29 février 1892.
- DENY, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, 18, rue de la Pépinière. — 27 décembre 1897.
- DUPAIN, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 juin 1888.
- DUPRÉ, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 17, rue Ballu. — 26 décembre 1898.
- HUET, médecin, 21, rue Jacob. — 24 novembre 1890.
- JANET (Pierre), médecin, professeur au Collège de France, 21, rue Barbet-de-Jouy. — 28 janvier 1895.
- JUQUELIER, médecin-assistant de l'asile Sainte Anne, 16, rue Copernic. — 29 mai 1905.
- KÉRAVAL, médecin en chef de l'asile de Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 29 novembre 1897.
- KLIPEL, médecin des hôpitaux, 20, rue de Grenelle. — 27 novembre 1893.
- LEGRAIN, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 30 juillet 1888.
- LEGRAS, médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, 34, rue des Petits-Hôtels. — 26 décembre 1898.
- LEROY (Raoul), médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 28 mars 1898.
- LWOFF, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 20 janvier 1893.
- MAGNAN (V.), médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, membre de l'Académie de médecine, 1, rue Cabanis. — 27 novembre 1871.
- MARCHANT, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 25 mars 1901.



- PACTET, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 29 février 1892.
- PICQUÉ, chirurgien des hôpitaux, chirurgien en chef des asiles d'aliénés de la Seine, 81, rue Saint-Lazare. — 17 avril 1905.
- PIÉRON, maître de conférences à l'École pratique des Hautes-Études, 96, rue de Rennes. — 27 avril 1903.
- POTTIER (Paul), médecin-directeur de la Maison de santé, 10, rue Picpus. — 27 février 1888.
- RAFFEGEAU, médecin de l'établissement hydrothérapique, 9, avenue des Pages, le Vésinet (Seine-et-Oise). — 24 novembre 1884.
- RITTI (Ant.), médecin en chef honoraire de la maison nationale de Charenton, 68, boulevard Exelmans. — 27 mars 1876.
- ROGUES DE FURSAC, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 28 février 1910.
- ROUBINOVITCH (G.), médecin de l'hospice de Bicêtre, 115, rue du Faubourg-Poissonnière. — 27 juin 1892.
- SÉGLAS (J.), médecin de l'hospice de la Salpêtrière, 96, rue de Rennes. — 28 juillet 1884.
- SEMELAINNE (René), médecin-directeur de la maison de santé, château de Saint-James, 16, avenue de Madrid, Neuilly (Seine). — 29 décembre 1890.
- SÉRIEUX (Paul), médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 janvier 1892.
- SOLLIER (Paul), médecin-directeur de la maison de santé, 145, route de Versailles, Boulogne (Seine). — 25 mai 1891.
- TAULE, directeur honoraire des asiles d'aliénés, 270, boulevard Raspail. — 31 janvier 1887.
- TOULOUSE, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 27 juin 1892.
- TRENEL, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 29 juillet 1895.
- TRUELLE, médecin-directeur de l'asile de Moisselles (Seine-et-Oise). — 25 novembre 1901.
- VALLON (Ch.), médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, 15, rue Soufflot. — 12 mars 1883.
- VIGOUROUX, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 27 mars 1893.
- VURPAS (Cl.), médecin de l'hospice de Bicêtre, 161, rue de Charonne. — 27 juillet 1903.

### MEMBRES CORRESPONDANTS

- AMELINE, médecin-directeur de la Colonie d'aliénés de Chezal-Benoît (Cher). — 30 mai 1910.
- ANGLADE, médecin en chef, maison de santé de Château-Picon, chemin de la Béchade, Bordeaux (Gironde). — 31 juillet 1899.

- ARMAINGAUD, médecin, Bordeaux (Gironde). — 29 novembre 1880.
- BARUK, médecin-directeur de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire). — 26 décembre 1910.
- BELLETRUD, médecin-directeur de l'asile de Pierrefeu (Var). — 26 décembre 1910.
- BERNARD-LEROY (Eugène), médecin, 51, rue Miromesnil, Paris. — 27 novembre 1899.
- BESSIÈRE, médecin-directeur de l'asile d'Evreux (Eure). — 26 juin 1905.
- BIAUTE, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Nantes (Loire-Inférieure). — 28 juin 1880.
- BLAISE, médecin, Pont-Saint-Maxence (Oise). — 28 janvier 1889.
- BOETEAU, médecin, 18, rue Chanzy, Le Mans (Sarthe). — 27 juin 1892.
- BONNET, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne. — 25 janvier 1892.
- BOUBILA, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, 20, rue Saint-Jacques, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 avril 1892.
- BOUCHAUD, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Lommelet, Saint-André-lès-Lille (Nord). — 12 mars 1894.
- BOURDIN (V.), médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe). — 28 juin 1897.
- BRETON, médecin, 15, place Darcy, Dijon (Côte-d'Or). — 27 novembre 1899.
- BUSSARD, médecin-adjoint de la Maison de santé de Saint-James, Neuilly-sur-Seine (Seine). — 29 juillet 1907.
- BUVAT, médecin-directeur de la Villa Montsouris, 130, rue de la Glacière, Paris. — 27 mars 1905.
- CHARDON, médecin en chef de l'asile d'Armentières (Nord). — 27 novembre 1905.
- CHARON (René), médecin-directeur de l'asile de Dury-lès-Amiens (Somme). — 27 juin 1898.
- CHARPENTIER (René), chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, boulevard du Château, Neuilly-sur-Seine (Seine). — 30 décembre 1907.
- CHENAIS, médecin en chef de l'établissement hydrothérapique, 14, rue Boileau, Paris-Auteuil. — 30 mars 1903.
- COLOLIAN, médecin, 37 bis, rue de Ponthieu, Paris. — 27 octobre 1902.
- COLOMBANI, médecin, 15, rue d'Arzew, Oran (Algérie). — 27 janvier 1902.
- COMAR, médecin de la Villa Montsouris, 130, rue de la Glacière. — 28 juillet 1902.
- COULON, médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — 30 janvier 1899.
- CROUSTEL, médecin-directeur de l'asile de Lesvellec, près Vannes (Morbihan). — 25 avril 1910.

- CULLERRE, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 27, rue de Strasbourg Nantes (Loire-Inférieure). — 30 juin 1879.
- DARIN (Henry), ancien interne des asiles de la Seine. — 1<sup>er</sup> juin 1896.
- DARNIS, ancien médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montauban. — 27 mars 1871.
- DELMAS, chef de clinique des maladies mentales à la faculté de Paris, 3, place de Rennes. — 26 avril 1909.
- DÉRICQ (Lucien), médecin-directeur de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir). — 26 novembre 1888.
- DEVAUX, médecin, 3, rue Hippolyte-Lebas, Paris. — 24 juillet 1905.
- DHEUR, médecin-directeur de la maison de santé Esquirol, 23, rue de la Mairie, Ivry (Seine). — 28 février 1898.
- DIDE (Maurice), médecin-directeur de l'asile de Braqueville, près Toulouse (Haute-Garonne). — 28 janvier 1901.
- DOUTREBENTE (Gabriel), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 1, place Foire-au-Roi, Tours (Indre-et-Loire). — 27 mars 1870.
- DROMARD, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise). — 29 octobre 1906.
- DUBUISSON (Maxime), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés. — 24 novembre 1890.
- DUFOUR, ancien député, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés. — 27 novembre 1871.
- DUEM, médecin, 10, boulevard Sévigné, Rennes (Ille-et-Vilaine). — 29 avril 1907.
- DUMAS (Georges), chef de laboratoire de psychologie à la clinique des maladies mentales, 49, boulevard Saint-Germain, Paris. — 28 juillet 1890.
- DUMAZ, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bassens (Savoie). — 23 février 1891.
- DUPOUY, médecin-adjoint de la Maison Nationale de Charenton, 57, Grande-Rue, Saint-Maurice (Seine). — 29 juillet 1907.
- FABRE DE PABEL, médecin, Dieppe (Seine-Inférieure). — 28 juin 1880.
- FILLASSIER, médecin, 3, rue Édouard-Detaille, Paris. — 27 juin
- GALLOPAIN (Clovis), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Fains, près Bar-le-Duc (Meuse). — 28 janvier 1878.
- GARNIER (Samuel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Dijon (Côte-d'Or). — 28 janvier 1889.
- GIMBAL, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne). — 25 juillet 1904.
- GORODICHZE, médecin, 35, rue de la Bienfaisance, Paris. — 26 février 1894.
- GREFFIER, médecin, Grenoble (Isère). — 11 décembre 1882.

- GUIBERT, médecin en chef honoraire de l'asile d'aliénés, 3, rue Pohl, Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). — 28 juin 1897.
- HAMEL, médecin-directeur de l'asile de Quatre-Mares, par Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure). — 28 janvier 1895.
- HANNION, médecin, Nogent-s.-Vernisson (Loiret). — 29 octobre 1894.
- HARTENBERG (Paul), médecin, 64, rue de Monceau, Paris. — 24 juin 1907.
- JACQUIN, médecin en chef de l'asile Sainte-Madeleine, Bourg (Ain). — 25 novembre 1907.
- LABITTE (Georges), médecin, Clermont (Oise). — 18 mai 1885.
- LACHAUX, médecin-directeur de la maison de santé de Sainte-Marthe, 8, boulevard Louis-Salvator, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 31 décembre 1894.
- LAGRANGE, médecin-directeur de l'asile de Poitiers (Vienne). — 30 juillet 1888.
- LAGRIFFE, médecin-directeur de l'asile d'Auxerre (Yonne). — 18 décembre 1905.
- LAILLER, pharmacien en chef honoraire des asiles d'aliénés, 23 bis, rue de Sotteville, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 février 1876.
- LALANNE, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 30 décembre 1901.
- LALLEMANT, médecin-directeur de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure). — 28 novembre 1898.
- LARROQUE (Benjamin), médecin, 828, calle Lavalle, Buenos-Ayres (République Argentine). — 26 juillet 1886.
- LARROUSSINIE, médecin, 21, rue Cujas, Paris. — 24 juillet 1893.
- LAURENT (Armand), ancien médecin en chef des asiles d'aliénés et des hôpitaux de Rouen, 11, rue Beauvoisine, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 juillet 1862.
- LE FILLIATRE, médecin, 5, avenue des Écoles, Villejuif (Seine). — 30 décembre 1895.
- LEMOINE, professeur à la Faculté de médecine, 29, boulevard de la Liberté, Lille (Nord). — 27 février 1888.
- LÉPINE (Jean), professeur agrégé de la Faculté de médecine, 30, place Bellecour, Lyon (Rhône). — 22 février 1909.
- LEVASSORT, médecin-adjoint de l'asile, 27, rue Marthe-le-Rochois, Caen (Calvados). — 27 janvier 1908.
- LEVET, médecin-directeur de l'asile de la Charité-sur-Loire (Nièvre). — 29 juin 1908.
- LIONET (Ch.), médecin, Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire). — 25 novembre 1889.
- MABILLE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Lafont, près la Rochelle (Charente-Inférieure). — 30 juin 1879.

- MAIRET (A.), professeur de la clinique des maladies mentales, 10, avenue du Stand, Montpellier (Hérault). — 28 février 1885.
- MARIE, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 23 janvier 1893.
- MASBRENIER, médecin, Melun (Seine-et-Marne). — 25 mai 1874.
- MAUPATÉ, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord). — 28 mai 1894.
- MEILHON, médecin-directeur de l'asile de Quimper (Finistère). — 27 juillet 1891.
- MIGNOT (Roger), médecin en chef de la Maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 26 juin 1905.
- NICOULAU, médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde). — 29 février 1892.
- NIEPCE, médecin, Allevard (Isère). — 25 janvier 1858.
- NOIR (Julien), médecin, 45, rue Monge, Paris. — 28 février 1898.
- OLIVIER (Maurice), médecin-adjoint de l'asile de Blois (Loir-et-Cher). — 24 juin 1907.
- PAGE, directeur-médecin de l'établissement hydrothérapique, Bellevue (Seine-et-Oise). — 26 mars 1906.
- PAILHAS, médecin en chef de l'asile du Bon-Sauveur, Albi (Tarn). — 25 janvier 1897.
- PARANT (Victor), médecin-directeur de la maison de santé de Saint-Cyprien, 17, allée de la Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 27 décembre 1875.
- PARANT (Victor), fils, médecin de la maison de santé de Saint-Cyprien, 17, allée de Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 17 avril 1905.
- PÉON, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 2, rue Botanique, Angers (Maine-et-Loire). — 11 novembre 1872.
- PERPÈRE, médecin-adjoint des asiles d'aliénés (le Mont-Dore, Puy-de-Dôme), 9, rue Faustin-Hélie, Paris. — 24 décembre 1906.
- PHILIPPE (Jean), médecin, chef des travaux du laboratoire de psychologie physiologique à la Sorbonne, 20, rue de la Pitié, Paris. — 24 mars 1902.
- PHULPIN, médecin, 111, rue de Rennes, Paris. — 29 mai 1905.
- PICARD, médecin de la maison de santé de la Malgrange, près Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 29 avril 1878.
- PICHENOT, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, Buxy (Saône-et-Loire) — 18 décembre 1905.
- PIEBRET, professeur de la clinique des maladies mentales, Faculté de médecine, Lyon (Rhône). — 12 mars 1883.
- PITRES, professeur à la Faculté de médecine, 119, cours d'Alsace-et-Lorraine, Bordeaux. — 30 novembre 1896.
- PRON, médecin, 3, rue Michelet (Alger). — 28 décembre 1903.

- RAMADIER, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher). — 24 décembre 1888.
- RAVARIT, médecin-adjoint de l'asile d'aliénées, 7, rue Boncenne, Poitiers (Vienne). — 30 novembre 1908.
- RAYNEAU, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Orléans (Loiret). — 28 mai 1900.
- RÉGIS (Emmanuel), professeur-adjoint à l'Université de Bordeaux, chargé du cours de clinique psychiatrique, 154, rue Saint-Sernin, Bordeaux (Gironde). — 27 juin 1881.
- RÉMOND (de Metz), professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Toulouse, 45, rue des Tourneurs. — 29 avril 1907.
- REVERTÉGAT, médecin, 43, boulevard Haussmann, Paris. — 29 janvier 1906.
- REY (Ph.), médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, 26, boulevard Philipon, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 février 1884.
- REYNAUD, ancien médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — 28 mars 1881.
- RIÈRE (André), médecin de l'hospice de Bicêtre, 46, rue du Général-Foy, Paris. — 25 février 1907.
- RIEDER, médecin, 26 bis, aven. Raphaël, Paris. — 27 novembre 1905.
- RIST (Adrien), 29, rue de Béthune, Versailles (Seine-et-Oise). — 25 juillet 1881.
- RODIET, médecin-directeur de la Colonie familiale, Dun-sur-Auron (Cher). — 25 novembre 1907.
- ROUBY, médecin de la maison de santé de Saint-Eugène, Alger. — 26 décembre 1892.
- ROUGÉ (Calixte), médecin en chef de l'asile d'aliénés, Limoux (Aude). — 28 mai 1883.
- SAINT-LAGER, médecin, Lyon (Rhône). — 30 mars 1868.
- SIMON (Th.), médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure). — 24 mai 1909.
- SIZARET, médecin en chef de l'asile de Saint-Méen, Rennes (Ille-et-Vilaine). — 27 février 1905.
- TATY (Th.), médecin-directeur de la Maison de Santé, 161, rue de Charonne, Paris. — 26 février 1901.
- TERRIEN, directeur du Sanatorium de Doulon-lès-Nantes (Loire-Inférieure). — 24 décembre 1898.
- THIBAUD, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise). — 28 juin 1897.
- THIVET, médecin à l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). — 31 mars 1890.
- TISSÉ (Ph.), médecin, 95, rue Fondaudège, Bordeaux (Gironde). — 25 novembre 1895.
- TISSOT, médecin-adjoint de l'asile de Dury-lès-Amiens (Somme). — 27 juin 1910.

- TOY, médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). — 25 janvier 1897.
- VERNET (Georges), médecin-adjoint de l'asile Sainte-Catherine d'Yzeure, près Moulins (Allier). — 28 novembre 1904.
- WAHL (Maurice), médecin en chef de l'asile de Pontorson (Manche). — 22 juillet 1901.

## MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

## ALLEMAGNE.

- BRESLER, médecin en chef de l'asile de Lublinitz en Silésie. — 29 janvier 1900.
- BROSIUS, médecin-directeur de la maison de santé, Bendorf, près Coblenze. — 28 octobre 1878.
- FOERSTER (Richard), privat-docent de neurologie à l'Université de Bonn. — 28 novembre 1904.
- GROSS, médecin-directeur de l'asile de Rouffach (Alsace). — 27 février 1911.
- HUEBNER, privat-docent à l'Université de Bonn. — 24 février 1908.
- LAEHR (Hans), médecin-directeur de la maison de santé de Schweizerhof, près Berlin. — 11 novembre 1889.
- NÆCKE (L.), médecin de l'asile d'aliénés de Hubertusburg, près Leipzig (Saxe). — 27 novembre 1893.
- NEISSER (Clemens), médecin-directeur de l'asile provincial de Lublinitz. — 28 mars 1892.
- PIERSON (R.-H.), médecin de la maison de santé de Lindenhof-Coswig, près Dresde. — 27 mai 1895.
- RANKE (Otto), assistant à la clinique psychiatrique de l'Université de Heidelberg. — 24 février 1908.
- SCHULE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Illenau (Grand-Duché de Bade). — 28 mai 1888.
- TUCZEK (F.), professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine, directeur de l'asile d'aliénés, Marburg (Hesse-Cassel). — 27 novembre 1893.
- WITRY, médecin, Trèves-sur-Moselle. — 30 décembre 1907.
- ZIEHEN (Th.), professeur de psychiatrie à l'Université de Berlin. — 22 février 1897.

## ANGLETERRE.

- BATEMAN, médecin, Norwich. — 25 janvier 1875.
- BROWNE (sir J. Crichton), médecin, « Lord Chancellor's Visitor », New Law Courts, Strand, W. C. — 31 octobre 1881.
- CLOUSTON, médecin superintendant de l'asile royal de Morning-side, Edimbourg. — 31 octobre 1881.

- FLETCHER BEACH, Winchester House, Kingston Hill, Surrey (Angleterre). — 26 novembre 1894.
- GASQUET (J.-R.), médecin, Saint-George's. Retreat, Burgess Hill. — 31 octobre 1881.
- GOODALL (Edwin), médecin en chef de « Joint Counties Asylum », Carmarthen (Province de Galles). — 30 juin 1902.
- GRANVILLE (Mortimer), médecin, Londres. — 26 janvier 1880.
- MACKINTOSH (Donald), médecin, 10, Lancaster Road, Belsize Park, N. W. — 25 novembre 1867.
- MAUDSLEY (Henry), ancien professeur de médecine légale à l'University College, Londres. — 26 décembre 1864.
- NICOLSON (David), « Lord Chancellor's visitor », Balgownie, Edgeborough road Guildford. — 31 octobre 1881.
- PERCY SMITH, ancien superintendant de l'Hôpital de Bethlem, 36, Queen Anna street, Cavendish square, Londres. — 24 juin 1895.
- ORANGE (William), ancien médecin en chef de l'asile de Broadmoor, the Bryn, Godalming, Surrey. — 31 octobre 1881.
- RAYNER (Henry), médecin, 16, Queen Anna street, Londres. — 31 octobre 1881.
- ROBERTSON (Charles A. Lockhart), Lord Chancellor's Visitor, Gunsgreen, the Drive, Wimbledon. — 24 décembre 1864.
- RUTHERFORD (James), médecin en chef de « Crichton Royal Institution », Dumfries. — 31 octobre 1881.
- SAVAGE (G.-H.), médecin, 3, Henriette Street, Cavendish square, W. — 31 octobre 1881.
- SHAW (Thomas C.), médecin en chef du « London County Asylum », Banstead, Surrey. — 31 octobre 1881.
- SUTHERLAND, « Commissioner in Lunacy » pour l'Ecosse. — 26 février 1901.
- URQUHART, médecin-directeur de « James Murray's Royal Asylum », Perth (Ecosse). — 26 décembre 1892.

## AUTRICHE-HONGRIE.

- DONATH (Julius), privat-docent à l'Université de Budapest. — 24 décembre 1906.
- HASKOVEC (Ladislav), privat-docent de neuropathologie à la Faculté de médecine tchèque de Prague. — 27 mars 1905.
- OBERSTEINER (Henri), professeur à l'Université, médecin-directeur de la maison de santé d'Ober-Döbling, près Vienne. — 26 novembre 1883.
- OLAH (Gustave d'), médecin-directeur de l'asile d'Angyalföld, Budapest. — 20 mai 1901.
- PANDY (Kalman), docent de psychiatrie et de neurologie à l'Université, médecin en chef de l'asile de Lipometzo, Budapest. — 25 mai 1908.



- PICK (Arnold), professeur de psychiatrie à l'Université de Prague (Bohême). — 24 novembre 1884.
- PILCZ, professeur à l'Université, 43, Alserstrasse, Vienne. — 27 juin 1898.
- SALGO, médecin de l'asile d'aliénés de Lipometzo, Budapest (Hongrie). — 25 novembre 1889.
- STRANSKY (Erwin), privat-dozent de l'Université, Mariannengasse, 32, Vienne. — 29 février 1904.

## BELGIQUE.

- BOULENGER, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Fort-Jaco, 6, rue de l'Esplanade, Bruxelles. — 13 juillet 1906.
- CUYLITS, médecin en chef de l'asile d'Evere, 44, boulevard de Waterloo, Bruxelles. — 30 juin 1884.
- DESGUIN (Victor), membre de l'Académie de médecine de Belgique, 24, rue du Vanneau, Anvers. — 26 octobre 1885.
- D'HOLLANDER, médecin à la colonie de Gheel. — 25 novembre 1907.
- DUCHATEAU, médecin en chef de la Maison de santé, Gand. — 26 février 1900.
- FRANCOTTE, professeur à l'Université, 15, quai de l'Industrie, Liège. — 31 décembre 1894.
- LENTZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Tournai, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume. — 24 novembre 1874.
- MASOIN, professeur à l'Université, médecin de l'asile d'aliénées de Louvain. — 20 décembre 1875.
- MASOIN (Paul), médecin en chef de l'asile de Dave, Namur. — 26 février 1901.
- MEEUS, médecin à la colonie de Gheel. — 29 février 1904.
- MOREL (Jules), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 56, boulevard Léopold, Gand. — 26 octobre 1874.
- PEETERS, médecin-directeur de la colonie de Gheel. — 29 octobre 1883.
- SANO (Fritz), médecin, 2, rue Montebello, Anvers. — 30 octobre 1899.
- VILLERS, médecin-adjoint au dépôt des aliénés de l'hôpital Saint-Jean, 131, rue Montoyer, Bruxelles. — 26 février 1900.

## BRÉSIL.

- EIRAS (Carlos), médecin de maison de santé d'aliénés, Rio-de-Janeiro. — 28 décembre 1908.
- MOREIRA (Juliano), directeur de l'hospice national des aliénés de Rio-de-Janeiro. — 25 novembre 1907.
- PEIXOTO (Afranio), professeur suppléant de médecine légale à la Faculté de médecine, Rio-de-Janeiro. — 29 février 1904.
- ROCHA (Franco da), directeur-médecin en chef de l'asile de Juquery (Etat de Saint-Paul). — 24 décembre 1906.

SOUZA-LEITE, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, Bahia. — 11 novembre 1889.

TEIXEIRA-BRANDAO, médecin, Rio-de-Janeiro. — 26 novembre 1888.

## CANADA.

BOURQUE (E.-J.), professeur de clinique des maladies mentales, médecin en chef de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe, près Montréal. — 11 novembre 1889.

CHAGNON, médecin de l'hôpital Notre-Dame, Montréal. — 27 mars 1899.

VILLENEUVE (G.), professeur-adjoint de médecine légale et des maladies mentales de l'université Laval, superintendant médical de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe. — 26 novembre 1900.

## CHILI.

BECA (Manuel), médecin de la Casa de Orates, Santiago. — 29 mars 1897.

## CUBA.

VALDÈS ANCIANO (J.-A.), professeur des maladies nerveuses et mentales à l'Université de la Havane. — 28 novembre 1910.

## EGYPTE.

HADJÈS, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés, le Caire. — 11 novembre 1889.

## ESPAGNE.

BRAVO Y MORENO, médecin-légiste, Barcelone. — 25 juillet 1910.

GINE Y PARTAGAS, médecin, Barcelone. — 29 juillet 1878.

LECHA-MARZO (Antonio), médecin, rue Claudio-Moyano, Valladolid. — 29 mars 1905.

M. MARTIN CLAVEIRA, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Saragosse, médecin-directeur de l'établissement hydrothérapique de Segura. — 30 janvier 1911.

RIERA (Gimeno), médecin en chef du manicomie de Saragosse. — 30 mai 1910.

YRIGOYEN (Ciriaco), médecin, 23, Fuenterrabia, Saint-Sébastien. — 29 novembre 1909.

## ÉTATS-UNIS.

BLUMER ALDER, superintendant, Butler Hospital, Providence, R. T. — 30 octobre 1899.

BRUSH, superintendant de « Sheppard and Enoch Pratt Asyleum », Towson, Maryland. — 30 juin 1902.

BURR (C.-B.), secrétaire de l'Association médico-psychologique américaine, Flint, Michigan. — 27 novembre 1899.

- CLARK BELL, avocat, président de la Société médico-légale, n° 57, Broadway, New-York. — 11 novembre 1889.
- COWLES (Edward), superintendant g. de l'Hôpital de Mac-Lean, Sommerville, Boston (Massachusetts). — 25 mars 1895.
- ECHEVERRIA, médecin, New-York. — 29 novembre 1878.
- GORDON (Alfred), 1430, Fine Street, Philadelphie. — 22 février 1909.
- HALL (David), médecin de l'asile d'aliénés de Northampton (Massachusetts). — 23 mai 1887.
- KIERNAN JAS. (G.), privat-docent de psychiatrie, 910, 103 State street, Chicago. — 25 novembre 1895.
- MANN (EDWARD), directeur de la Maison de santé, 801, Madison avenue, New-York. — 31 décembre 1895.
- ROBINOVITCH (M<sup>lle</sup> Louise), médecin, 32, Broadway, à New-York. — 30 octobre 1899.

## GRÈCE.

- CATSARAS (Michel), professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'asile de Dromocaïtis, Athènes. — 25 octobre 1886.
- MITAFTSIS (Télémaque), professeur agrégé des maladies nerveuses et mentales, à l'Université, 68<sup>a</sup>, rue de l'Académie, Athènes. — 30 octobre 1899.
- YANNIRIS, médecin et sous-directeur de l'asile de Dromocaïtis. — 28 mai 1900.

## HOLLANDE.

- HUBRECHT, secrétaire général du Ministère de l'Intérieur, la Haye. — 27 octobre 1879.
- JONG (DE), médecin à la Haye. — 27 octobre 1879.
- SWEENS, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Vorburg, Vucht, près Bois-le-Duc. — 11 novembre 1889.
- VAN DER SWALME, médecin, à Middelbourg. — 27 octobre 1879.
- VAN DEVENTER, médecin-directeur de l'asile de Meerenberg. — 24 février 1902.
- WELLENBERGH, médecin, à Amsterdam. — 29 novembre 1886.

## ITALIE.

- ALBERTI (Angelo), médecin en chef du manicomio de Pesaro. — 30 décembre 1907.
- ALGERI (Giovanni), médecin-directeur de la Maison de santé « Biffi », Monza, près Milan. — 26 novembre 1906.
- ANTONINI (Giuseppe), médecin du manicomio provincial d'Udine. — 27 juin 1904.
- AZZURRI (Francesco), architecte, 68, via Panisperna, Rome. — 25 avril 1864.

- BINI, médecin, Florence. — 30 juillet 1877.
- CAPPELLETTI (Luigi), directeur-médecin du manicomie de Pesaro. — 28 mai 1906.
- CASCELLA (Francesco), médecin du manicomie d'Aversa. — 30 mars 1896.
- D'ORMEA (Antonio), médecin-directeur de l'asile de Pesaro. — 29 juin 1908.
- ESPOSITO (Giovanni), médecin du manicomie interprovincial de Nocera-Inferiore. — 25 avril 1904.
- FERRARI, médecin de l'asile de Reggio-Emilia. — 22 juillet 1901.
- DEL GRECO, directeur-médecin du manicomie de Cône. — 27 juillet 1903.
- FORNACA (Giacinto), médecin en chef du manicomie de Saint-Clément, Venise. — 30 novembre 1908.
- FRIGERIO, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Alexandrie, docent de clinique psychiatrique à l'Université de Sienne. — 26 novembre 1883.
- FUNAIOLI, professeur de psychiatrie à l'Université, directeur du manicomie de Sienne. — 29 avril 1878.
- GIACCHI, médecin-directeur du manicomie provincial de Cuneo, à Raconigi. — 28 novembre 1878.
- LAMBRANZI (Ruggieri), médecin en chef du manicomie de Vérone. — 13 juillet 1906.
- MARIANI, assistant honoraire de la clinique psychiatrique de l'Université de Turin. — 27 avril 1908.
- MARRO (Ant.), médecin du manicomie royal de Turin. — 30 décembre 1901.
- MASSALONGHO (Roberto), professeur de neuropathologie à l'Université de Padoue, médecin à l'hôpital Major, Vérone. — 28 janvier 1889.
- MEDEA, médecin, Paleocapa, 3 (Staz. Nord), Milan. — 28 juillet 1902.
- MINGAZZINI (Giovanni), docent de clinique psychiatrique à l'Université de Rome. — 30 décembre 1895.
- MONGERI (Luigi), médecin-directeur de la « Casa di Salute Dufour », S. Vittore, 16, Milan. — 30 juillet 1900.
- MORSELLI (E.), directeur de la Clinique psychiatrique, professeur de neuropathologie et d'électrothérapie, 46, via Assaroti, Gênes.
- MOTTI (Giovanni), directeur du manicomie d'Aversa. — 25 mars 1907.
- MUGGIA, médecin en chef du manicomie S. Servolo, à Venise. — 25 novembre 1907.
- PERLA, médecin, Aversa. — 25 mai 1868.
- RIVA, médecin-directeur de l'asile d'Ancône. — 27 mars 1882.
- SANNICOLA, médecin, Aversa. — 25 mai 1868.

- SANTE DE SANCTIS, professeur agrégé à l'Université de Rome. — 29 mars 1897.
- SAPORITO (Filopopo), médecin des manicomés civil et judiciaire d'Aversa. — 19 décembre 1904.
- SEPPILLI, médecin-directeur du manicomé de Brescia. — 27 mars 1882.
- STACCHINI, vice-directeur du manicomé de Florence. — 30 juillet 1877.
- TAMBRONI (Ruggeri), directeur-médecin du manicomé provincial de Ferrare. — 28 avril 1902.
- TAMBURINI, directeur du manicomé de Reggio-Emilia, professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Modène. — 24 juin 1878.
- TONINO, docent de clinique psychiatrique à Messine. — 26 mars 1866.
- VIRGILIO, médecin-directeur du manicomé d'Aversa. — 28 novembre 1881.

## NORVÈGE.

- BECHHOLM, médecin-adjoint de l'asile de Bergen. — 28 décembre 1896.
- EVENSEN (Hans), médecin-directeur de l'asile de Trondhjem. — 29 avril 1907.
- LINDBOE, médecin en chef de l'asile de Ganstad, près Christiania. — 29 décembre 1874.
- PLATOU, médecin en chef de l'asile d'Eg, près de Christiansand. — 29 décembre 1884.

## PORTUGAL.

- BETTENCOURT-RODRIGUES, médecin, 3, rua da Imprensa, Lisbonne. — 25 juillet 1887.
- COELHO (Antonio), médecin, Porto. — 30 novembre 1908.
- MARTIN (Lopès), professeur à la Faculté de médecine de Porto. — 29 juin 1908.
- MATTOS (Jules DE), médecin à l'asile d'aliénés de Porto. — 24 février 1890.
- SOUSA MAGALHAES E LEMOS (DE), médecin de l'asile d'aliénés de Porto. — 31 mars 1884.

## RÉPUBLIQUE ARGENTINE.

- CABRED (Domingo), médecin à l'hospice de las Mercedes, Buenos-Ayres. — 25 février 1889.
- DELFINO (Victor), médecin, Buenos-Ayres. — 22 mars 1910.
- INGEGNIEROS (José), professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres. — 25 juillet 1904.

## ROUMANIE.

- SOUTZO, professeur de médecine mentale à l'Université de Bucarest. — 27 novembre 1887.  
 SOUTZO (fils), médecin-assistant de l'hospice de Marcoutza, Bucarest. — 26 novembre 1906.

## RUSSIE.

- BAJENOFF (N.), médecin-directeur de la maison de santé de Levinstein, Moscou. — 30 juin 1884.  
 BERNSTEIN (A.), directeur du Bureau central d'admission pour les aliénés, Moscou. — 30 novembre 1896.  
 BECHTEREW (W.), académicien et directeur de la clinique des maladies mentales et nerveuses de l'Académie militaire de médecine, Saint-Pétersbourg. — 11 novembre 1889.  
 DMITREVSKY, médecin en chef de l'asile Notre-Dame-des-Affligés, près Saint-Pétersbourg. — 26 décembre 1898.  
 GORSKY (M<sup>me</sup> DE), Jounovskaja 38, Saint-Pétersbourg. — 29 octobre 1888.  
 GREIDENBERG, médecin en chef de l'asile départemental de Kharkow. — 26 novembre 1900.  
 HERZOG, médecin, Saint-Pétersbourg. — 13 avril 1863.  
 JACOBY (Paul), médecin-directeur de l'asile d'Orel. — 26 décembre 1881.  
 ORCHANSKY, professeur à l'Université de Kharkow. — 27 février 1899.  
 POPOFF, professeur à l'Université de Kazan. — 29 octobre 1888.  
 ROTHE, médecin, Varsovie. — 30 avril 1877.  
 SCHMIERGELD, médecin, Lodz (Pologne-Russe). — 29 juin 1908.  
 SEMIDALOW (Benjamin), médecin de la Maison d'aliénés d'Alexéew et de la Clinique psychiatrique, Moscou. — 28 avril 1902.  
 SKWORTZOFF (M<sup>lle</sup> Nadine). — 25 juillet 1881.  
 SOKALSKY, médecin-directeur de l'asile d'Oufa. — 28 février 1898.  
 SOUKHANOFF, privat-docent de la clinique psychiatrique de Moscou. — 27 juillet 1896.

## SERBIE.

- VASSITCH (Milan-Vlad.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Belgrade. — 10 décembre 1883.

## SUISSE

- CHATELAIN (Aug.), ancien médecin en chef de l'asile de Préfargier, Saint-Blaise (Neuchâtel). — 28 juillet 1890.  
 DUNANT (Pierre), ancien professeur d'hygiène à l'Université de Genève. — 14 mars 1863.

GODET (Rodolphe), ancien médecin-directeur de l'asile de Préfargier (Neuchâtel). — 27 février 1899.

LADAME (Paul), privat-docent à l'Université, 5, rond-point de Plainpalais, Genève. — 28 juillet 1884.

MARTIN (Joannès), ancien professeur de médecine mentale à l'Université, 12, rue du Général-Dufour, Genève. — 26 février 1895.

PACHOUD, médecin de la Maison de santé de Sully, Vevey-Montreux. — 28 mars 1892.

RABOW, ancien professeur à la Faculté de médecine de Lausanne. — 27 février 1899.

SERRIGNY, médecin-directeur de l'asile de Marsens (Fribourg). — 16 décembre 1898.

## TURQUIE.

CASTRO (DE), médecin de l'asile d'aliénés, Constantinople. — 29 janvier 1893.

## URUGUAY.

ETCHEPARE (Bernardo), professeur de clinique des maladies mentales à la faculté de médecine de Montevideo. — 24 mai 1909.

*Récapitulation.*

Membres honoraires . . . . .	5
— titulaires . . . . .	44
— correspondants . . . . .	120
— associés étrangers . . . . .	171
Total . . . . .	340

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS

*Arrêtés de décembre 1910* : MM. les D<sup>rs</sup> DODERO et PAILLON, médecins en chef de l'asile de Bron (Rhône); BRUNET, médecin-directeur de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), sont promus à la 3<sup>e</sup> classe de leur grade (6.000 francs);

M. le D<sup>r</sup> LATREILLE, médecin-adjoint de l'asile de Rennes, est promu à la 2<sup>e</sup> classe de son grade (3.500 francs).

— *Arrêtés de janvier 1911* : Sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (9.000 francs), MM. les D<sup>rs</sup> MAGNAN, VALLON et KÉRAVAL, médecins en chef de l'asile Sainte-Anne, à Paris; MABILLE, médecin-directeur de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure); BRIAND, médecin en chef de l'asile de Villejuif; CORTYL, médecin-directeur de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais); S. GARNIER, médecin-directeur de l'asile de Dijon (Côte-d'Or); BOUDRIE et LEGRAIN, médecins en chef de l'asile de Ville-Eyrard; PILLEYRE, médecin-directeur

de l'asile de Prémontré (Aisne); PARIS, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle); BESSIÈRE, médecin-directeur de l'asile d'Evreux (Eure); RAMADIER, médecin-directeur de l'asile de Blois (Loir-et-Cher); BELLAT, médecin-directeur de l'asile de Breuty (Charente); CHAUSSINAND, médecin-directeur de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne); BELLETRUD, médecin-directeur de l'asile de Pierrefeu (Var); LALLEMANT, médecin-directeur de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure); DERICQ, médecin-directeur de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir); BOITEUX, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), et NICOULAU, médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde);

M. le D<sup>r</sup> TRENEL, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, est promu à la 2<sup>e</sup> classe de son grade (7.000 francs);

M. le D<sup>r</sup> MAHON, médecin en chef du quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen, est nommé médecin-directeur de l'asile de Mont-de-Marsan (Landes), poste créé;

M. le D<sup>r</sup> TERRADE, médecin en chef de l'asile de Leyme (Lot), est nommé médecin en chef du quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen (Lot-et-Garonne), et maintenu dans le cadre des médecins des asiles publics;

M. le D<sup>r</sup> AUBRY, médecin-adjoint de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), est nommé médecin en chef de l'asile de Saint-Lô (Manche), poste créé, et est maintenu dans le cadre des médecins des asiles publics;

M. le D<sup>r</sup> TISSOT, médecin-adjoint de l'asile de Dury (Somme), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 francs).

#### NÉCROLOGIE

D<sup>r</sup> PIERRE HOSPITAL. — Nous avons le douloureux regret d'annoncer la mort de notre excellent ami et collaborateur, le D<sup>r</sup> Hospital, décédé le 19 décembre 1910, dans sa soixante-quinzième année.

Pierre-Félix Hospital était né à Clermont-Ferrand le 17 mai 1836; il commença ses études médicales à l'École de médecine de sa ville natale et vint les terminer à la Faculté de Paris. Reçu docteur en 1865 avec une thèse sur *la prostatite chronique*, il vint s'installer à Clermont-Ferrand pour y faire de la clientèle; mais, comme l'on pense, celle-ci lui laissait des loisirs. Il en profitait pour suivre assidûment le service de son père, médecin en chef depuis près de trente ans de l'établissement d'aliénés de Sainte-Marie, faisant fonction d'asile départemental. Il prit goût aux études médico-psychologiques et s'y adonna tout entier. Aussi lorsque, quatre ans après, en 1869, son père prit sa retraite, il se trouva suffisam-



ment qualifié pour briguer sa succession; il l'obtint, et, depuis, toute son activité, tout son zèle furent consacrés aux aliénés confiés à ses soins. Quoique n'habitant pas l'asile, il s'y rendait deux fois par jour, prenant sur chaque malade des notes détaillées, faisant des autopsies. Il avait ainsi réuni des documents innombrables, cliniques et anatomo-pathologiques, même formé une collection curieuse d'œuvres d'art, de pièces originales de toute sorte, de travaux bizarres exécutés par ses malades, véritable petit musée où l'on pouvait étudier sur le vif, pour ainsi dire, les produits artistiques des aliénés et se rendre compte des déviations du sentiment esthétique chez ces malades.

Cette richesse de documentation permit à notre savant confrère d'aborder dans ses travaux les questions les plus diverses concernant notre spécialité. Pendant près de quarante ans, il collabora aux *Annales médico-psychologiques*, et aucune des études qu'il y a insérées n'a passé inaperçue, parce que toutes se sont fait remarquer par l'originalité de la forme et du fond. Il n'est pas inutile d'en rappeler quelques-unes.

En ce qui concerne l'anatomie pathologique, citons entre autres les mémoires suivants : *Productions hétéromorphes dans le cerveau* (*Ann. méd.-psychol.*, 1875); *Observations d'érotisme; lésion du cervelet* (*id.*, 1875); *Lésion grave trouvée dans le crâne d'un supplicié* (*id.*, 1885); *Simple contribution à l'anatomie pathologique de l'épilepsie* (*id.*, 1888), etc.

Dans le domaine de la pathologie et de la clinique, la moisson de notre regretté confrère n'est pas moins riche. Dès 1876, il publiait dans les *Annales* un court, mais substantiel travail, sur les *Combustions volontaires chez les aliénés*, et depuis, il n'est guère d'années où il n'y ait fait insérer quelque mémoire intéressant. Toutes ces contributions à nos études spéciales dénotent un sens clinique très aiguë et des connaissances approfondies en pathologie mentale et nerveuse.

L'organisation intérieure, la vie intime des asiles le préoccupaient vivement. Rien de ce qui se passait dans ces établissements ne lui était étranger, et ce qu'il y avait observé, il en faisait part à ses confrères. C'est ainsi qu'il consacra des études d'un très grand intérêt aux *Evasions* (*Ann. méd. psych.*, 1889), aux *Révoltes d'aliénés* (*id.*, 1890), à la *Regrettable insuffisance de renseignements sur les malades internés dans les asiles* (*id.*, 1904), etc.

Le Dr Hospital était très apprécié comme médecin légiste. Pendant plus de trente ans, toutes les affaires litigieuses concernant l'aliénation mentale furent soumises à son examen par les magistrats de son département, et toujours il remplit cette tâche si délicate avec une conscience vraiment scrupuleuse et

un souci constant de la vérité clinique; les quelques rapports médico-légaux qu'il a publiés en sont la meilleure preuve.

Au milieu de ses multiples occupations professionnelles, notre regretté confrère avait su se créer des loisirs qu'il consacrait à la littérature, à l'archéologie, à des recherches d'histoire locale. Il aimait passionnément sa petite patrie, l'Auvergne, dont il était fier; il avait étudié avec amour les diverses phases de son glorieux passé et consigné dans de nombreux articles et brochures les résultats de ses patientes recherches.

En 1881, ses compatriotes l'envoyèrent siéger au Conseil municipal, et il ne cessa pas d'être réélu jusqu'en 1904. Soit comme simple conseiller, soit comme adjoint au maire, il s'appliqua surtout aux questions d'hygiène, d'enseignement et d'assistance, à toutes les œuvres de progrès social, et l'on peut dire qu'il rendit, pendant les vingt-trois ans qu'il siégea dans cette Assemblée communale, les services les plus signalés à sa ville natale.

Hospital quitta ses fonctions de médecin en chef de l'asile de Clermont-Ferrand en 1904, après trente-cinq ans de services, regretté de ses malades et de son personnel. Il entra dans la retraite non pour se reposer, mais pour continuer ses études, ses recherches; les quelques années qui précédèrent sa mort furent fécondes en publications sur les sujets les plus divers. Comme s'il sentait sa fin prochaine, notre savant ami avait hâte, en quelque sorte, de faire connaître les résultats de ses dernières réflexions.

Notre regretté confrère est décédé le 19 décembre 1910. A ses obsèques qui eurent lieu le 13 décembre, au milieu d'une très grande affluence, de nombreux discours furent prononcés. M. le D<sup>r</sup> Dubois, son successeur comme médecin en chef de l'asile des aliénés, a parlé en termes émus des qualités du médecin et des vertus de l'homme privé. Nous ne saurions mieux faire que d'emprunter, pour terminer cette courte notice, les passages suivants de cette éloquente allocution :

« ... Par ses travaux, Hospital s'était acquis dans notre monde spécial des aliénistes une notoriété scientifique de bon aloi. J'ai pu m'en apercevoir, dans les récents congrès, à l'empressement avec lequel chacun s'informait de ses nouvelles. Depuis longtemps, il était du nombre des principaux collaborateurs des célèbres *Annales médico-psychologiques* de Baillarger. Il a été secrétaire général du III<sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Et cependant, dans notre ville, en dehors de ceux qui le fréquentaient, peu se doutaient de sa réelle valeur d'homme de science. Le jugement du monde ne dépasse pas les apparences et comment aurait-il imaginé un homme supérieur sous une telle simplicité?...

« ... Pendant le même temps qu'il exerçait la charge de médecin en chef de l'asile Sainte-Marie, le D<sup>r</sup> Hospital assurait le service médical de la Maison d'arrêt et se trouvait être l'auxiliaire précieux de la justice pour toutes les expertises psychiatriques. Son œuvre médico-légale est abondante et variée comme la chronique judiciaire elle-même. Cependant, ses travaux, si différents par leur objet, se ressemblent tous par une commune marque d'origine. Les qualités personnelles de l'expert s'y révèlent, en effet, par l'originalité de la pensée, l'élégance de la forme et par un cachet de distinction vraiment particulier, fort difficile à définir et qui résultait, je crois, de l'intime fusion dans la personnalité d'Hospital, des habitudes et qualités intellectuelles, propres aux mentalités, ordinairement si différentes du magistrat, du médecin et de l'homme du monde. Hospital avait, en effet, du juriste, le culte de la forme et le souci de la correction; du médecin, l'expérience des réalités et la générosité de tendances; de l'homme du monde, l'éclectisme intelligent, l'ouverture d'esprit et l'indulgence souriante et sceptique. La nature même de ses fonctions d'expert et de médecin de la Maison d'arrêt, sa situation de médecin en chef de l'asile Sainte-Marie avaient beaucoup contribué à développer en lui ces précieuses qualités, et avaient fini par lui composer une personnalité à part, où s'harmonisait leur mélange en un homme d'un charme et d'une distinction rares, dont l'esprit était ouvert à toutes les idées et le cœur à toutes les générosités.

« Ainsi, pendant trente-cinq ans, M. le D<sup>r</sup> Hospital resta sur la brèche, se consacrant au devoir médical. Il avait pris un métier, moins pour en vivre que pour mieux vivre en honnête homme. Il pratiquait la médecine, comme il remplissait les fonctions d'adjoint, de conseiller municipal, d'administrateur de la Caisse d'épargne et du lycée Blaise-Pascal, pour consacrer activement sa vie au service public, surtout au service des pauvres; riche dans la médiocrité de sa fortune par son infatigable obligeance, par la sagesse de ses conseils, par le crédit que lui assurait la droiture éclatante de son caractère.

« A ces qualités de praticien, Hospital joignait celles d'homme de bonne compagnie. De manières affables, son commerce était recherché dans la société. On le distinguait tout de suite et l'on allait vers lui, attiré par sa cordialité, par je ne sais quel air de rare probité, qui faisait dire couramment : Quel brave homme! C'est qu'il n'avait, dans le monde comme ailleurs, qu'un visage que l'on voyait du premier coup et tout entier.

« Je doute qu'il ait eu des ennemis; quant à lui, il n'a jamais haï personne. Mais il ne suffisait pas de réussir pour

gagner son estime, ni de solliciter son amitié pour l'obtenir. Et, pourtant, quel ami sûr et délicat! Je puis en parler, moi qui ai eu le bonheur d'être parmi ses familiers. Quel causeur charmant et plein d'imprévu! Il avait dans ses entretiens une aisance d'expressions d'une saveur toute personnelle, un don de bonhomie aimable, une observation toujours juste, jamais cruelle ni amère, avec, parfois, des mots profonds de nature et de vérité, sous leur apparence de boutade; enfin, pour tout dire, il possédait, à sa manière, l'art d'orner la vie par la parole et d'intéresser. Il aimait à se raconter, et il était inépuisable en anecdotes sur son passé, sur sa famille, sur les gens de sa ville. Qu'il est douloureux de penser que je ne pourrai plus désormais, après le travail du jour, aller l'entendre et chercher auprès de lui cette demi-activité de l'esprit dans la conversation qui repose et renouvelle. L'âge n'avait pas diminué en lui le goût qu'il prenait aux questions vitales, et tous les sujets il les considérait d'un point de vue élevé, de sorte que les discussions s'en ressentaient. Quand je le quittais, je me sentais meilleur et plus instruit. Il me semblait que ses paroles contenaient une vertu agissante, tant je leur attribuais de puissance, d'intérêt et d'excitation. Je n'irai plus le surprendre à Orsines, dans sa modeste maison de campagne, où il m'invitait à partager son sentiment pour la nature, qui était très vif. Je l'y ai vu l'été dernier encore s'émouvoir de plaisir au spectacle de la terre en fleur. Avec lui, j'ensevelis toute une période de jours pleins, où ses conseils secourant mes efforts m'ont affirmé dans le développement de moi-même. Je garderai de notre première rencontre une image délicieuse : celle de la vieillesse saine et gaie, bienveillante, optimiste, souriant à l'avenir. J'ai dit de la vieillesse, bien qu'à cette époque il eût à peine soixante ans, mais il était du nombre de ceux qui prennent un âge une fois pour toutes et n'en changent plus... »

MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (suite).

*Un médecin grièvement blessé par un de ses malades.* — Nous avons à enregistrer dans ce *Martyrologe* un nouveau cas de médecin aliéniste grièvement blessé par un aliéné et, comme il arrive fréquemment, ce cas s'est produit dans le cours de la visite quotidienne, au moment où notre confrère s'approchait du malade pour l'interroger.

Le fait s'est passé à l'asile Saint-Georges, à Bourg (Ain), le 25 décembre dernier. Notre distingué collaborateur, M. le D<sup>r</sup> Adam, en faisant sa visite du matin, reçut d'un aliéné, un coup de pied en pleine poitrine. Le coup fut si violent que notre confrère perdit l'équilibre, tomba de côté, d'abord sur un

fauteuil, puis par terre, et se fractura une côte : la côte cassée était la onzième.

Voici, d'après les renseignements qui nous ont été donnés, l'explication clinique de cet acte de violence. L'aliéné qui l'a commis se trouvait dans un état confusionnel aigu, avec agitation, turbulence, illusions de reconnaissance, peut-être hallucinations. Entré de la veille, ce malade était alité; il se débattait dans son lit, chantait, riait. Lorsque M. Adam s'approcha de lui pour lui parler et l'examiner, il reçut de lui le coup de pied qui le projeta en arrière et le fit tomber.

Sans plus s'inquiéter de l'accident qu'il avait provoqué, le malade se mit à chanter la *Marseillaise*. Depuis lors, il n'a pas cessé d'être agité, chantant et criant toute la journée, ne se calmant un peu qu'à l'aide de bains prolongés ou de l'enveloppement dans des draps mouillés.

Quant à notre confrère, immobilisé dans un appareil, il dut interrompre son service pendant plusieurs semaines. Nous apprenons avec plaisir qu'il est aujourd'hui guéri. Si, dès la première nouvelle de son accident, nous lui avons adressé nos vives condoléances, nous sommes heureux de le féliciter de son complet rétablissement.

#### INAUGURATION DE NOUVEAUX PAVILLONS A L'HOSPICE DE LAS MERCEDES (BUENOS-AYRES).

Récemment, nous avons eu l'occasion de parler, à cette place, de la colonie d'aliénés de Lujan, créée par le D<sup>r</sup> Cabred. L'inauguration, à l'hospice de Las Mercedes, d'un pavillon de clinothérapie et de nouveaux bâtiments affectés au laboratoire de la clinique psychiatrique de Buenos-Ayres, marque un nouveau progrès dans l'organisation de l'assistance des aliénés en République Argentine. Voici, d'après deux quotidiens de Buenos-Ayres, *La Prensa* et *La Nación*, le compte rendu résumé de cette cérémonie et des détails sur les nouvelles constructions :

Le 29 novembre 1910, à 5 heures du soir, a eu lieu à l'hospice de Las Mercedes, en présence du ministre des relations extérieures, du recteur de l'Université de la capitale, du doyen de la Faculté de médecine, du directeur de l'établissement, le D<sup>r</sup> Cabred, et d'autres nombreuses personnalités, la séance officielle d'inauguration du pavillon de clinothérapie et des bâtiments destinés à agrandir le laboratoire de la clinique psychiatrique. Le cortège parcourut successivement les salles d'alitement, la section de psychologie expérimentale, — où l'on fit fonctionner un chronoscope de Hipp et deux modèles de microtomes pour coupes de l'écorce cérébrale, — le musée, la salle de microscopie, la salle de vivisection et les laboratoires ;

dans l'amphithéâtre de cours, fut offerte une séance de projections montrant le processus des maladies mentales. Le D<sup>r</sup> Cabred, prenant la parole à la fin de cette visite, dit que la construction des pavillons qui viennent d'être inaugurés figurait au premier rang, dans le plan de réformes de l'hospice de Las Mercedes qu'il a présenté après la nationalisation de cet asile : il désirait en effet doter ce dernier de sections appropriées à un traitement plus parfait des aliénés et à leur observation, et pourvoir cet hôpital, siège de l'enseignement officiel de la psychiatrie, de tous les éléments de recherches que demande une institution de cette importance. Il termina son allocution par quelques mots sur les progrès de la psychiatrie, les avantages du système de l'alitement, et l'utilité des nouveaux pavillons pour les étudiants.

Les bâtiments inaugurés, dont la construction fut autorisée par un décret du 17 avril 1906 et dirigée par le D<sup>r</sup> Cabred, qui en avait étudié les plans, ont été édifiés à l'aide de la main-d'œuvre fournie par les aliénés, et les dépenses des travaux ont été prélevés sur les revenus de l'établissement.

Le pavillon de clinothérapie peut recevoir 200 malades. Il se compose d'un rez-de-chaussée et d'un premier étage, que surmonte un deuxième étage dans le centre de l'édifice. Le rez-de-chaussée comprend 7 salles destinées au traitement par le repos au lit, 3 salles à manger, et 1 salle assez grande pour contenir 150 élèves. A l'entrée du bâtiment, et séparée des salles par un large corridor, se trouvent les bureaux d'admission des malades, les salons de visites et le vestiaire. Au premier étage sont les salles (avec leurs annexes) destinées à loger les aliénés tranquilles, qui n'exigent pas une surveillance continue. La caractéristique de ce pavillon est l'absence complète de portes intérieures, remplacées par de hautes et larges baies qui communiquent avec toutes les dépendances, et qui permettent au personnel et aux médecins de voir d'un coup d'œil ce qui se passe à l'intérieur.

Des lits spéciaux, grâce à leurs têtes de lit mobiles, rendent supportable l'alitement souvent très prolongé. De petites tables, mobiles sur un support métallique porté par un trépied à roulettes, permettent aux malades de lire, d'écrire, et de manger très commodément. Les fenêtres, larges et élégantes, sont disposées de manière à empêcher les évasions, sans intercepter l'air et la lumière.

Le pavillon est entouré de spacieuses galeries intérieures et extérieures. De vastes jardins bien entretenus l'embellissent au dedans et au dehors. Les galeries et les salles sont ornées en outre de plantes et de tableaux.

A côté du pavillon de clinothérapie s'élève le laboratoire,

commencé en 1898, et dont la première partie, comprenant une salle de microscopie, une salle de projections et un musée, fut terminée l'année suivante. Le nouvel édifice, largement éclairé, composé d'un sous-sol et d'un rez-de-chaussée, contient les sections d'anatomie pathologique, de chimie biologique, de psychologie expérimentale, de photographie, un musée anatomique, des salles d'autopsie et de vivisection. — D<sup>r</sup> ARSIMOLES.

#### LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (suite).

14. *Tentative de suicide.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du dimanche 20 novembre 1910) :

Une couturière de vingt et un ans, M<sup>lle</sup> Juliette Gros, se présentait, hier matin, dans un hôtel meublé de la rue Lecourbe, et demandait une chambre au premier étage.

Les allures étranges, l'exaltation de la jeune femme étonnèrent bien un peu le logeur, mais il la conduisit quand même dans la pièce. A peine y était-elle entrée, que M<sup>lle</sup> Gros, ouvrant la fenêtre, se précipita dans le vide et s'affala sur la chaussée.

Des passants allaient se précipiter au secours de la malheureuse, quand ils la virent se relever et reprendre péniblement sa route. On s'empessa auprès d'elle et on l'obligea à recevoir des soins.

C'est dans un accès de folie que la malheureuse midinette avait tenté de se tuer. Elle a expliqué, en effet, qu'elle avait voulu échapper à des individus qui voulaient la tuer!

La pauvre démente, qui s'était fait dans sa chute de terribles blessures au ventre, a été transportée à l'hôpital Necker.

15. *Suicide.* — Neurasthénique, M<sup>me</sup> Jeanne Laval, quarante-trois ans, rue Brunel, en traitement dans une maison de santé de Saint-Mandé, s'est précipitée hier sous une rame du Métropolitain, à la station « Nation ». Après vingt-cinq minutes de travail, les pompiers de la rue de Chaligny dégagèrent le cadavre de la malheureuse, affreusement broyée. (*Le Matin*, numéro du samedi 26 novembre 1910.)

16. *Agressions violentes.* — On signale de Saint-Denis au *Petit Parisien* (numéro du dimanche 27 novembre 1910), le fait suivant :

Un Italien, M. Paul Borgo, demeurant rue de la République, pris d'une crise subite de folie, se jetait, hier, sur tous ceux qu'il rencontrait, cherchant à les mordre. Enfin, il s'en prit à sa femme, qu'il maltraita et traîna à terre par les cheveux.

Maitrisé à grand'peine, le dément fut envoyé à l'infirmerie spéciale du dépôt.

17. *Suicide.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du lundi 28 novembre 1910) :

Hier matin, vers 4 heures, rue Pigalle, une femme, élégamment vêtue de noir, hélait le cocher de la voiture de place n° 5010 et jetait comme adresse, en pénétrant dans le véhicule : « Pont-Neuf, en face des bains de la Samaritaine ! » Arrivée à destination, la jeune femme descendit. Très calme, rien dans la voix ne décelant un trouble intime, elle régla le montant de sa course et pria le cocher de remettre à son adresse un billet énigmatique ainsi conçu : « Prévenez mon ami Mussot, 131, rue Lamarck, que je ne suis pas morte. »

Avant que le cocher fût revenu de sa stupéfaction, la jeune femme s'était approchée d'une demi-lune du Pont-Neuf, montait sur le parapet et se précipitait dans la Seine. On n'a pas encore retrouvé son corps.

M. Mussot, musicien dans un établissement de Montmartre, prévenu, a déclaré que la désespérée était son amie, Marie Henry, âgée de vingt-huit ans, gérante d'une crèmerie, 23, rue Lagille.

— C'était, a-t-il déclaré à M. Beaurain, commissaire du quartier Saint-Germain-l'Auxerrois, une monomane du suicide, d'un caractère fort jaloux, et, en outre, neurasthénique.

18. *Parricide*. — On télégraphie de Limoges à *La Liberté* (numéro du jeudi 1<sup>er</sup> décembre 1910) :

Un parricide a été commis à Saint-Sornin-Leulac. Dans un accès de folie, le nommé Cardinaud, âgé d'une quarantaine d'années, a assassiné sa mère, avec qui il habitait.

19. *Uxoricide*. — On lit dans *Le Journal* (numéro du vendredi 2 décembre 1910) :

Un ancien comptable des Entrepôts de Bercy, Louis Mansart, âgé de soixante-quinze ans, était venu se retirer, avec sa femme, aveugle, à Ercuis, petite commune du canton de Neuilly-sur-Thelle.

Par malheur, l'oisiveté engendra chez le vieillard une fatale passion. Il se mit à boire et dilapida, en de folles orgies, tout l'argent — environ 40.000 francs — qu'il avait péniblement amassé.

Sous l'influence de l'alcool, Mansart s'empara, hier, d'un revolver, et, faisant asseoir à ses côtés sa compagne, il fit feu sur elle à bout portant.

Atteinte à la tête, la pauvre infirme s'affaissa, ensanglantée. Des voisins, accourus au bruit de la détonation, désarmèrent le meurtrier et prodiguèrent des soins à la blessée, dont l'état inspire de vives inquiétudes.

Ecroué à la prison de Senlis, Mansart se mit à divaguer. Il va être très vraisemblablement enfermé d'ici peu à l'asile d'aliénés de Clermont.

20. *Agression violente*. — Au cours d'une lutte qu'ils avaient



dû engager avec un fou furieux, nommé André Capirux, âgé de cinquante ans, domicilié dans un vieux wagon, au lieu dit « le Maroc », à Pierrefitte, les agents Gayau et Maupied, du commissariat de Saint-Denis-Nord, ont été assez sérieusement blessés. Le premier eut les doigts de la main droite complètement retournés, et son collègue, en outre de nombreuses contusions, eut le poignet droit foulé.

Réduit enfin à l'impuissance, le dément fut trouvé porteur d'un revolver chargé de six balles blindées et d'un couteau à cran d'arrêt. (*Le Journal*, numéro du dimanche 18 décembre 1910.)

21. *Suicide*. — En proie à des idées noires, M<sup>me</sup> Lœtitia Ledru, cinquante-six ans, se pend en son domicile, 218, Grande-Rue, à Saint-Maurice. (*Le Journal*, numéro du mardi 28 décembre 1910.)

#### TRIBUNAUX

*Un curieux procès d'homicide par imprudence*. — On écrit de Douai au *Temps* (numéro du vendredi 6 janvier 1911) :

En 1909, M. Désiré Demolle, domicilié à Erquinghem-sur-la-Lys, malade depuis une dizaine d'années, fut examiné successivement par deux médecins qui constatèrent que son état nécessitait son internement dans une maison de santé.

Le 8 mars de la même année, sur réquisition de M<sup>me</sup> Demolle, une voiture de l'asile d'aliénés d'Armentières vint chercher le malade; mais celui-ci protesta, ameutâ la population, qui, prétendant qu'il s'agissait de séquestration, manifesta hostilement.

Le maire dut intervenir et un cousin de l'aliéné ou soi-disant tel, M. Emile Demolle, boucher à Erquinghem-sur-la-Lys, déclara, le gardant avec lui, se charger de M. Désiré Demolle.

Peu de jours après, il le conduisit chez un autre de ses parents, M. Vandamme, à Roubaix. Examiné de nouveau par deux médecins, M. Désiré Demolle fut reconnu sain de corps et d'esprit.

On le laissa donc partir chez un autre cousin de Roubaix, M. Mesplomb.

Le 20 mars, le malade disparaissait et n'était retrouvé que le 23 mars, sur la place de Roubaix, tête nue, l'œil hagard et tout déguenillé. L'infortuné tombait malade aussitôt et succombait le 26 mars à une congestion pulmonaire.

M<sup>me</sup> veuve Demolle, prétendant que cette mort avait été causée par le fait de son cousin, M. Emile Demolle, assigna celui-ci devant le tribunal correctionnel de Lille, réclamant une peine pour homicide par imprudence, et en tant que partie civile, 5.000 francs de dommages et intérêts.

Le tribunal, bien que le ministère public eût reconnu que la prévention manquait de base, condamna Emile Demolle à 200 francs d'amende et 1.000 francs de dommages et intérêts.

La Cour d'appel de Douai, appelée à statuer, vient d'infirmer la décision des premiers juges. Estimant qu'il n'y a pas lieu de se livrer, comme l'a fait le tribunal de Lille, à une interprétation extensive de la notion de responsabilité, elle s'est refusée à déclarer Emile Demolle convaincu du délit d'homicide par imprudence, et elle a renvoyé le prévenu des fins de la poursuite et condamné la partie civile aux dépens.

Cet arrêt a été frappé d'un pourvoi en Cassation.

*Un conseil judiciaire.* — Sur la demande du général Sauret, chef d'état-major du gouvernement militaire de Paris, la 1<sup>re</sup> Chambre du Tribunal civil, présidée par M. Gibou, vient de donner un conseil judiciaire à son fils, qui fut impliqué récemment, on ne l'a pas oublié, dans une malheureuse affaire de coups et blessures à un matelot. Voici les principaux attendus du jugement :

« Attendu qu'il résulte des documents produits, et notamment de certificats médicaux, que Sauret fils est atteint de déséquilibre mentale avec impulsivité, instabilité et signes d'hystérie ;

« Qu'ayant été incorporé dans les équipages de la flotte pour y accomplir son service militaire, il fut victime, en août 1908, d'un accident grave dans le service, à la suite duquel se manifestèrent chez lui des symptômes de dérangement cérébral l'amenant à se faire condamner une première fois par le tribunal correctionnel de Bordeaux, pour filouterie d'aliments et port d'arme prohibée ; puis à se rendre coupable de nombreuses absences illégales, qui lui valurent, en quelques mois, une succession de punitions disciplinaires atteignant deux cent jours de prison ;

« Qu'il s'est toujours montré anormal et déséquilibré, incapable de se représenter l'importance de ses actes, d'en peser les conséquences, suivant ses caprices et ses idées, sans réflexion, se trouvant ainsi livré sans défense à tous les entraînements et à toutes les sollicitations compromettantes ;

« Attendu qu'en raison de la situation mentale du défendeur il importe de le prémunir contre les défaillances de toute nature auxquelles il a été de tout temps assujéti, et qui seraient de nature à compromettre rapidement le patrimoine recueilli par lui dans la succession de sa mère et ce qui pourra lui revenir par la suite ;

« Qu'il échet dès lors de faire droit à la demande en faveur de laquelle le conseil de famille, dans sa délibération, s'est prononcé à l'unanimité... »

Le général Sauret a été nommé conseil judiciaire de son fils. (*Le Temps*, n° du dimanche 8 janvier 1911.)

## FAITS DIVERS

*Guérison de la paralysie progressive.* — Nous publions sous toutes réserves le renseignement suivant emprunté à la *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift* (numéro du 28 janvier 1911, p. 415) :

« Le journal *Die Zeit*, de Vienne, annonce dans ses n°s 2991 et 2992, des 21 et 22 janvier 1911, les résultats obtenus par le traitement de la paralysie progressive à l'aide de la production d'une fièvre artificielle par les injections de tuberculine et de kochéine à l'asile provincial de la basse Autriche, « am Steinhof », près de Vienne, et à la clinique psychiatrique de l'Université de Vienne. Le pourcentage des cas de guérison monte jusqu'ici à 23. « Les malades ont été, jusqu'aujourd'hui, observés pendant trois ans depuis les injections ; cependant la guérison est complète chez les 23 p. 100 mentionnés. Un grand nombre des paralytiques qui ont été guéris à l'aide des injections, ont aujourd'hui des situations excellentes, même considérées. »

*Une aliénée avale une clef du poids de 200 grammes.* — On télégraphie de Madrid au *Matin* (numéro du jeudi 29 décembre 1910) :

Quelque chose de semblable à la fameuse aventure de l'« homme à la fourchette » vient d'arriver à une folle âgée de vingt-cinq ans, internée à l'asile des aliénés de Cadix, qui a avalé une grosse clef pesant 200 grammes et ayant 10 centimètres de longueur.

Cette clef se trouve dans les intestins avec des morceaux de ficelle, de la laine et des clous ; les médecins s'en sont rendu compte au moyen de la radiographie.

La folle, que l'on va opérer, se trouve en excellente santé.

*Emouvante capture d'un aliéné évadé.* — On télégraphie de Grenoble au *Journal* (numéro du mardi 3 janvier 1911) :

Un gendarme de la brigade mobile de La Verpillière, M. Rona, était, il y a quelques mois, tué d'un coup de revolver en plein cœur par un nommé Girodet, habitant à Roche, qu'il venait d'arrêter. Girodet ayant été, à la suite de ce meurtre, déclaré irresponsable, avait été enfermé à l'asile départemental d'aliénés de Saint-Robert. Au mois de septembre dernier, il s'évadait, et, après avoir erré plusieurs jours, il était arrêté et réintégré ensuite par les employés de l'établissement.

Girodet vient de nouveau, pour la seconde fois, de s'évader. Après avoir mis huit jours pour parcourir la distance approxi-

mative de 80 kilomètres, ne se nourrissant, pendant ce temps, en partie que de raves dérobées dans les champs, et couchant dans les bois, par une température glaciale, il arrivait dans sa commune et se dirigeait ensuite vers l'habitation de ses parents, située au hameau de Labalme, distant de 3 kilomètres du chef-lieu.

M. Pellet, maire de Roche, averti aussitôt, a pris les dispositions nécessaires pour faire procéder à son arrestation, qui ne paraissait pas chose facile, en face des menaces proférées par Girodet contre tous ceux qui l'approchaient.

Les gendarmes de La Verpillière, prévenus, se rendirent à La Balmé et parvinrent, par surprise, à se saisir du fou dangereux. Sous prétexte de lui dire bonjour, son frère lui serra la main fortement, pendant que les gendarmes et d'autres voisins se précipitaient sur lui. Ils durent soutenir une lutte terrible contre lui avant de le maîtriser.

Girodet a été ramené, solidement ligoté, à l'asile Saint-Robert, où il sera désormais l'objet d'une surveillance spéciale.

XXI<sup>e</sup> CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE  
ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

*Amiens. — 1<sup>er</sup> au 6 août 1911.*

La XXI<sup>e</sup> session du congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, qui primitivement devait avoir lieu à Tunis en avril 1911, se réunira à *Amiens*, du 1<sup>er</sup> au 6 août 1911, sous la *présidence* de M. DENY. *Vice-président* : M. MABILLE; *secrétaire général* : M. CHARRON, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Dury-lès-Amiens.

Les questions suivantes feront l'objet de rapports :

1<sup>o</sup> PATHOLOGIE MENTALE. *Des différentes espèces de douleurs psychopathiques (leur signification, leur rôle).* — Rapporteur : M. MAILLARD, de Paris.

2<sup>o</sup> NEUROLOGIE. *Des tumeurs du corps pituitaire.* — Rapporteur : M. COURTELLEMONT, d'Amiens.

3<sup>o</sup> MÉDECINE LÉGALE. *De la valeur du témoignage des aliénés en justice.* — Rapporteur : M. LALANNE, de Nancy.

Le programme détaillé de cette session sera publié ultérieurement.

---

*Le rédacteur en chef-gérant* : ANT. RITTI.

---

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

-8981 ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DE PSYCHIATRIE

DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE PSYCHIATRIE

L'ALIÉNATION MENTALE

REVUE DE PSYCHIATRIE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

REVUE DE PSYCHIATRIE

REVUE DE PSYCHIATRIE

Pathologie.

REVUE DE PSYCHIATRIE

MANIE SIMPLE ET PSYCHOSE PÉRIODIQUE

STATISTIQUE

Par le D<sup>r</sup> C. ROUGÉ,

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Limoux.

REVUE DE PSYCHIATRIE

REVUE DE PSYCHIATRIE

REVUE DE PSYCHIATRIE

REVUE DE PSYCHIATRIE

REVUE DE PSYCHIATRIE

REVUE DE PSYCHIATRIE

REVUE DE PSYCHIATRIE

REVUE DE PSYCHIATRIE

REVUE DE PSYCHIATRIE

REVUE DE PSYCHIATRIE

En 1889, Kraepelin proposa une nouvelle classification des maladies mentales et il émit l'opinion que la manie classique, la manie de Pinel et Esquirol, devait être définitivement bannie du cadre des maladies mentales comme forme clinique indépendante et que tous les états d'excitation, décrits sous ce nom, relevaient d'une forme nouvelle englobant la manie, la mélancolie, la psychose périodique et d'autres états, qu'il désigna du nom de folie ou psychose maniaque-dépressive. Cet auteur n'aurait observé qu'un seul cas de manie sans récurrence sur un nombre de mille malades qu'il a pu suivre pendant de longues années. Je me permets de croire que l'observation de ces malades n'a pas été des plus attentives, ni bien suivie.

Depuis cette publication, les aliénistes sont divisés sur cette question, les uns affirmant avec Kraepelin que la manie est toujours récidivante, les autres affirmant l'existence de la manie simple, non récidivante. Cette dernière opinion est-elle motivée par le seul respect de la tradition? Non, car on peut s'assurer par les lettres adressées à MM. Rémond et Voivenel (1), en réponse à leur récente enquête, que tous les aliénistes qui ont une longue pratique des maladies mentales ont eu l'occasion d'observer des cas de manie qui n'ont jamais récidivé pendant la durée d'une longue existence.

Erp Taalman constate que, d'après son observation, le diagnostic de manie, établi 107 fois, ne put être maintenu que 4 fois. Otto Hinrichsen, analysant 284 observations de manie, relève 51 cas sans récurrence; mais il observe que la proportion des guérisons datant de plus de vingt ans n'est que de 4,7 p. 100. Est-il nécessaire

---

(1) Essai sur la valeur de la conception kraepelinienne de la manie et de la mélancolie. Enquête et critique. *Annales méd.-psych.*, novembre-décembre 1910 et janvier-février 1911.

de remarquer que, pendant cette longue période, beaucoup de ces 51 sujets ont dû mourir, ce qui réduit d'autant le pourcentage? D'ailleurs, la conclusion de Hinrichsen diffère de celle de Taalman, car il admet la réalité d'une manie essentielle.

Ces citations sont tirées de l'article de M. Anglade (1), qui termine par cette observation fort judicieuse : « En l'état de nos connaissances, cette conclusion (de Taalman) nous paraît légitime, car si les statistiques de Erp. Taalman, de Otto Hinrichsen, et, surtout, de Kraepelin, prouvent la rareté de la manie idiopathique, elles n'autorisent pas à nier son existence. »

M. le professeur Régis est un partisan convaincu de l'existence de la manie idiopathique. Il a produit une statistique, dont il sera question plus loin, qui est en opposition formelle avec celle du professeur de Munich.

L'existence de la manie idiopathique est, au contraire, résolument niée par MM. Deny et Camus (2) qui, dès la première page de leur mémoire sur la psychose maniaque-dépressive, nous apprennent que ce qui constitue son originalité, c'est sa prétention de bannir du cadre des maladies mentales la manie idiopathique. Ils ne la décrivent, en effet, de même que M. Rogues de Fursac (3), que comme une des modalités, un des types de la folie maniaque-dépressive.

Dans deux leçons des plus attachantes sur la psychologie du maniaque (4) et sur la nosologie de la manie (5), M. le professeur Ballet ne nie pas d'une manière absolue l'existence de la manie simple; mais il affirme que, si elle existe, elle est très rare. Pour lui, les cas de manie

---

(1) *Traité de path. ment.*, de G. Ballet; art. « Manie ».

(2) Deny et Camus. *La psychose maniaque-dépressive*, 1907.

(3) Rogues de Fursac. *Manuel de psychiatrie*.

(4) *Bulletin médical*, 23 octobre et 8 décembre 1909.

(5) *L'Encéphale*, numéro de décembre 1909.

(excitation maniaque ou manie aiguë) appartiennent, pour l'immense majorité, à la psychose périodique.

Le principal argument de M. Ballet vient d'un relevé de tous les malades entrés pour manie dans les asiles de la Seine, de 1904 inclus à 1909, d'après lequel la proportion des accès antérieurs est d'autant plus grande qu'on a affaire à des malades plus âgés. Alors que chez les malades de quinze à vingt ans on n'en trouve que dans 5 p. 100 des cas, chez les maniaques âgés de plus de cinquante ans ils figurent 95 fois sur 100.

MM. Lallemand et Dupouy (1) ont fait la même statistique dans leur service de femmes, à Saint-Yon, et sont arrivés à des résultats presque identiques à ceux de M. Ballet. Ils ont constaté, eux aussi, que le pourcentage des récidives augmentait graduellement avec l'âge, pour s'élever jusqu'à 91,3 p. 100 chez les malades âgées de quarante-cinq à cinquante ans, et descendre ensuite progressivement à partir de cet âge.

La première idée qui vient à l'esprit, après la lecture de ces statistiques, c'est que tout individu atteint d'un premier accès de manie est condamné « dans l'immense majorité des cas » à en avoir d'autres si sa vie se prolonge suffisamment.

Mais, après réflexion, on ne tarde pas à s'apercevoir que ce raisonnement pêche par la base, que le point de départ de ces statistiques est faux. S'il est facile, par la lecture des registres de l'asile, de s'assurer approximativement du nombre des maniaques récidivants, et même du nombre de leurs récidives, il n'en est pas de même de ceux qui ne récidivent pas. Ceux-là ne se présentent pas à l'asile pour faire constater qu'il n'ont pas récidivé.

Ce n'est qu'en prenant le malade à son premier accès

---

(1) *L'Encéphale*, numéro de juin 1909.



de manie et en le suivant dans le cours de son existence qu'il est possible de connaître le pourcentage exact, de savoir, par exemple, sur cent maniaques atteints d'un premier accès, combien seront suivis de récédive et combien ne récidiveront pas. Il est évident que l'observation doit se prolonger assez longtemps pour donner des résultats et que les statistiques précitées ont opéré sur des périodes trop récentes pour nous renseigner utilement à ce sujet.

MM. Lallemand et Dupony doivent l'avoir compris ainsi, car, quelques mois après, ils ont présenté une nouvelle statistique sur une base plus rationnelle. Je m'en occuperai bientôt.

Mais l'opinion kraepelinienne sur le caractère nécessairement récidivant de la manie est loin d'avoir rallié la majorité des aliénistes français. Il paraît même, d'après M. Ritti; que la théorie de la folie maniaque-dépressive compterait, en Allemagne, autant de dissidents que d'adhérents.

Dans ses *Recherches sur les centres nerveux* (2<sup>e</sup> série, 1893), M. Magnan distingue de la folie intermittente ou périodique « les mélancoliques ou les maniaques simples, c'est-à-dire les sujets qui, sous l'influence d'une faible prédisposition, et, le plus souvent, sous l'influence de causes puissantes et continues (excès, veilles, fatigues, émotions, marches prolongées, etc.), présentent un accès de manie ou de mélancolie qui, souvent, ne se reproduit plus ». Il paraît que M. Magnan n'a pas changé d'opinion à ce sujet.

Voici la statistique que M. le professeur Régis a présentée, en 1907, au Congrès de Genève :

Sur les 181 cas de manie, de mélancolie ou de folie à double forme relevés de 1882 à 1907, il existe 48 cas de manie simple, et 86 cas de mélancolie, tous sans aucune récédive antérieure ou postérieure.

Les autres cas, au nombre de 47, se répartissent ainsi : manie récidivée, 21 cas ; mélancolie récidivée, 18 cas ; folie à double forme, 8 cas.

Ce qui nous donne, sur 77 cas de manie, 48 cas de manie non récidivante, soit 62,33 p. 100, et 29 cas de psychose périodique, soit seulement 37,66 p. 100.

Cette statistique mérite d'être prise en considération. En effet, elle a été faite dans la maison de santé du D<sup>r</sup> Lalanne, « où chacun des malades composant cette statistique a été observé par MM. Lalanne et Régis, non seulement pendant la durée d'un accès, mais constamment depuis ». On peut lui reprocher, cependant, de comprendre une période trop rapprochée du moment où elle a été établie et de n'être pas plus explicite sur certains points, par exemple sur la durée de la guérison chez chaque malade de la catégorie non récidivante.

J'arrive maintenant au mémoire de M. le D<sup>r</sup> Parant père (1) : « De la manie simple non récidivante et de la psychose périodique », dont le plaidoyer en faveur de l'existence de la manie idiopathique m'a vivement intéressé. C'est, dit M. Ritti, « un article suggestif, qui a paru, généralement, des plus démonstratifs, si ce n'est, peut-être, pour ceux qui ont leur siège fait et préfèrent, à la longue et patiente observation, la théorie facile et décevante ».

M. Parant a fait le relevé de tous les cas, qualifiés manie, qu'il a observés de 1875 à 1900, et il en a fait trois groupes :

Le premier comprend ceux qui n'ont pas guéri et sont passés soit à un délire systématisé secondaire, soit à la manie chronique ; le deuxième, ceux qui ont eu des récidives ou de l'alternance, soit des périodiques ; le

---

(1) *Ann. méd.-psych.*, mai-juin 1910.

troisième, ceux qui ont guéri et pour lesquels il n'a pas eu connaissance d'un autre internement.

Le dernier groupe est le plus important au point de vue qui m'occupe. Il comprend trente-neuf sujets sortis guéris et qui ne sont pas rentrés. M. Parant convient que ce n'est pas une raison pour affirmer que leur maladie mentale n'a pas récidivé. Mais, ajoute-t-il, je crois cependant pouvoir considérer que, comme ils étaient tous de notre contrée, comme ils avaient été guéris une fois chez nous, s'ils avaient eu quelque rechute, soit de manie, soit de mélancolie sérieuse, on eût été tout naturellement porté, soit à venir prendre mes conseils, soit à nous les confier de nouveau, comme il arrivait pour les récidivants du second groupe.

Pour ma part, je suis convaincu de la justesse de ces remarques et je suis persuadé que plusieurs de ces guérisons ont été définitives.

Mais notre confrère, poussant le scrupule aussi loin que possible, ne veut faire cas que de cinq sujets qu'il a pu suivre pendant de longues années et s'assurer ainsi de leur parfaite guérison. Pour le premier sujet, la guérison se maintenait depuis plus de vingt-deux ans ; pour le deuxième, depuis plus de vingt ans ; pour le troisième, depuis dix-sept ans ; pour le quatrième, la guérison se serait maintenue jusqu'à sa mort, c'est-à-dire plus de dix ans, comme pour le cinquième, encore en vie.

Quant à moi, je ne pouvais oublier que deux de mes anciens clients, avec lesquels j'ai continué à avoir des relations presque journalières, avaient guéri après avoir présenté les symptômes les plus caractéristiques de la manie et n'avaient jamais récidivé. Le premier, qui a eu un accès de manie des plus violents, il y a plus de vingt-quatre ans, qui vit, et qui, depuis cette époque, n'a cessé de jouir d'un état mental tout à fait normal, d'un jugement parfait. Le second, après deux ou trois

mois d'excitation maniaque (hypomanie), qui me fit craindre le début d'une paralysie générale, s'est parfaitement remis et est mort onze ans et quelques mois après la fin de sa crise, sans avoir présenté le moindre trouble mental.

Le mémoire de M. Parant et le souvenir vivace des deux cas que je viens de rapporter m'ont engagé à faire les recherches statistiques que je vais exposer.

J'ai déjà dit, que pour avoir un pourcentage à peu près exact des cas de manie récidivante et non récidivante il n'y a qu'un procédé sûr, c'est de noter tous les cas de manie qui se présentent lors de leur premier accès et de les suivre dans le cours de leur existence. Cette méthode est à peu près impossible à réaliser dans les asiles placés dans de grands centres ou dont la population se recrute dans les grandes agglomérations, ou bien encore dans un asile où les médecins se renouvellent fréquemment. M. le Dr Parant, ainsi que MM. Lalanne et Régis, auraient pu l'employer; mais, en leur qualité de directeur ou médecins d'établissement privé, ils avaient des ménagements à garder à l'égard de leurs anciens pensionnaires ou de leur famille et ils ont dû être arrêtés par des considérations fort respectables.

En ma qualité de médecin d'asile public, je n'avais pas à avoir les mêmes scrupules, en y mettant, bien entendu, une discrétion à laquelle je n'ai jamais manqué.

Avant de présenter ma statistique, je me propose d'en examiner sommairement quelques autres, qui ont déjà paru, et d'en faire la critique, à seule fin de justifier l'utilité de la mienne.

D'abord, la deuxième de MM. Lallemand et Dupouy (1), qui comprend une période de cinq ans, de 1884

---

(1) *L'Encéphale*, novembre 1909.

à 1889, et dans laquelle se trouvent 34 cas de manie simple contre 196 de manie récidivante.

Dans sa statistique, qui va de 1879 à 1907, M. Chevallier-Lavaure (1), sur 838 cas de manie et de mélancolie, a trouvé 106 malades atteints de manie simple, non récidivante, et 190 périodiques. Cette statistique fait partie des réponses à l'enquête provoquée par M. le professeur Rémond, au sujet de la folie maniaque-dépressive.

Je n'ai pas pu profiter de quelques autres statistiques faisant partie de ces réponses, de celle de M. Arsimoles, par exemple, parce que, dans sa catégorie des non récidivants, il n'a pas distingué les cas de manie des cas de mélancolie.

Celle de M. Dubois est de date trop récente, de 1901 à 1910 inclus. Dans les autres, il n'y a rien de précis au sujet du pourcentage des cas de manie simple et des cas de manie récidivante.

Toutes les statistiques ci-dessus énumérées indiquent bien l'existence réelle de la manie iodopathique ; mais, en ce qui concerne le pourcentage comparatif de la manie récidivante et de la non récidivante, elles n'apportent que des données vagues, bien insuffisantes.

Ainsi, je ne crois pas m'aventurer en disant que toutes ces statistiques ne vont pas au delà des renseignements fournis par les registres de l'asile ; que, jamais, on n'a suivi, dans le cours de leur vie hors de l'asile, les malades qui en sont sortis guéris. Quelques-uns ont dû mourir trop peu de temps après leur sortie pour pouvoir compter sur leur guérison définitive. D'autres ont pu récidiver et entrer dans un autre asile ou établissement privé. D'autres, enfin, ont pu récidiver et, le cas étant peu grave, être soignés chez eux ou isolés à la cam-

---

(1) *Ann. méd. psych.*, novembre 1910.

pagne en attendant la fin de la crise. Il est évident que dans tous ces cas, il y a diminution plus réelle qu'apparente du pourcentage des manies simples.

Un autre défaut capital de quelques-unes de ces statistiques, c'est d'avoir compris une période trop rapprochée du moment où elles sont faites. Un maniaque, atteint pour la première fois, ne devrait être considéré comme guéri, c'est-à-dire comme atteint de manie simple, que si sa guérison s'est maintenue, après sa sortie, pendant une période assez longue, dix ans par exemple. Ainsi, les statistiques ou parties de statistique qui viennent après l'année 1900 peuvent mentionner comme guéris définitivement ou non récidivants des sujets qui récidiveront plus tard.

M. le D<sup>r</sup> Parant a cru devoir fixer à dix ans la durée de la non-récidive pour considérer le malade comme guéri. Cette limite est certainement arbitraire; pas autant toutefois qu'on pourrait le croire. Dans mon groupe de manies périodiques (voir plus loin), au nombre de 27, la durée de l'intervalle qui a existé entre le premier et le second accès est ainsi répartie : moins de un an, 7 ; de un à deux ans, 6 ; quatre ans, 4 ; cinq ans, 1 ; sept ans, 1 ; huit ans, 4 ; onze ans, 1 ; quinze ans, 1 ; dix-sept ans, 1.

Sur ces 27 cas, il y en a donc 3 seulement dans lesquels l'intervalle entre les deux premiers accès a été de plus de dix ans. On voudra bien remarquer que je dis accès et non pas internement, car le malade peut n'avoir eu qu'une crise assez bénigne pour ne pas nécessiter son internement. Mais la récidive n'en existe pas moins. Ainsi, la malade qui a mis dix-sept ans pour récidiver n'a plus reparu à l'asile depuis sa sortie qui date du 3 août 1889, c'est-à-dire depuis vingt et un ans. Il n'en est pas moins vrai qu'elle a eu, il y a quatre ans, un accès de manie qui a guéri par un séjour de quelques

mois à la montagne. Je tiens ce renseignement de sa famille et aussi de M. le Dr Casanove, de Carcassonne, avec qui j'ai vu récemment cette malade, atteinte d'un nouvel accès de manie pour lequel nous avons encore conseillé le séjour à la montagne comme isolement (1).

Je vois dans la statistique de MM. Lallement et Dupony que, sur 80 cas de manie périodique ou récidivante, il y en a 67 qui ont mis moins de dix ans et 13 plus de dix ans à récidiver. Ces derniers formeraient un sixième, tandis que, dans ma statistique, ils ne sont qu'un dixième. Mais, tandis que dans ma statistique il n'est question que d'accès, dans celles de ces auteurs il ne s'agit que d'internements, ce qui est un peu différent.

Après ce qui a été dit, cette remarque rapproche bien nos deux pourcentages et je suis amené à conclure que, dans les manies périodiques, ce n'est que dans un dixième des cas que l'intervalle qui sépare les deux premiers accès dépasse la durée de dix ans.

L'Asile de Limoux comprend tous les aliénés des deux sexes au compte des départements de l'Aude et des Pyrénées-Orientales, une partie de ceux du département d'Oran et un quartier de pensionnaires pour chaque sexe.

Je ne me suis occupé que des malades au compte du département de l'Aude parce que ce sont les seuls qui nous arrivent, depuis longtemps, avec un dossier très complet, et les seuls aussi sur l'avenir desquels je pou-

---

(1) Au moment de corriger les épreuves, je reçois les renseignements suivants sur un autre malade, le nommé M... (Antoine), cinquante-trois ans, entré à l'asile le 28 septembre 1880, pour manie aiguë, et sorti guéri le 15 décembre 1881 : « Cet ancien malade est encore en vie ; il est âgé de quatre-vingt-trois ans. Il y a environ neuf ou dix ans, il a présenté quelques légers troubles beaucoup moins accentués que ceux qui ont motivé son entrée à l'asile en 1880, et pendant quelques mois seulement. Depuis, rien n'a fait prévoir une reprise de la maladie mentale (Dr Colmer, de Tuchan). »

vais être plus facilement renseigné après leur sortie de l'asile. Les nombreuses années que j'ai passées dans cet établissement et les relations que j'ai dans le département m'ont facilité cette tâche et m'ont permis d'arriver à des résultats qui, pour notre région, me paraissent se rapprocher beaucoup de la rigueur mathématique.

Je puis dire, à propos des maniaques sortis guéris et considérés comme tels, que, non seulement ils n'ont pas été internés de nouveau, mais encore qu'ils n'ont pas été même soignés chez eux pour cause de récurrence. J'ose espérer que les adversaires de la manie non récidivante n'iront pas jusqu'à se demander, surtout s'il s'agit du sexe faible, si ces anciens malades n'ont pas été sujets à des périodes ou à des moments d'humeur gaie ou d'humeur triste, d'hyperthymie ou d'hypothymie, pour parler le langage du jour.

En ce qui concerne les cas de manie périodique, mon enquête présente toutes les garanties de précision. Grâce à un répertoire très complet, nous avons facilement trouvé le nombre et la date de leurs récurrences par le nombre et la date de leurs réintégrations, car ces malades ne pouvaient guère être soignés dans leur famille et, encore moins, être internés dans un autre asile que dans celui de leur département.

Je ne puis pas en dire autant des maniaques sortis guéris et qui ne sont pas revenus à l'asile. Quelques-uns ont pu quitter le département; ils sont en petit nombre. Quelques métayers ont changé de résidence et sont très difficiles à retrouver. Mais il m'a été à peu près impossible de suivre la trace de la plupart des malades venus de Carcassonne ou de Narbonne. C'est dire à quelles difficultés se heurteraient les médecins des asiles qui se trouvent dans les grands centres ou dont la population se recrute dans ces centres.

En somme, ma statistique, en ce qui concerne les



maniaques sortis guéris et non réintégrés, est composée presque exclusivement de ruraux. Le plus souvent, ce sont des confrères, connaissant parfaitement ces anciens malades, qui se sont empressés de me renseigner sur leur compte. Je suis heureux de profiter de cette occasion pour les remercier. D'autres fois, je n'ai pas pu m'adresser à cette source quand les confrères étaient morts. J'ai dû, alors, attendre des occasions qui, souvent, se sont fait attendre longtemps, me permettant de demander ces renseignements à des personnes bien informées et m'inspirant toute confiance.

Comme M. le D<sup>r</sup> Parant, j'avais commencé ma statistique à partir de l'année 1875, car j'étais à la tête du service à cette époque. Mais j'ai dû reculer cette date en raison des difficultés que j'éprouvais pour avoir des renseignements précis sur des malades sortis depuis si longtemps.

Ma statistique va de l'année 1880 à l'année 1899 inclus. Elle comprend tous les malades au compte du département de l'Ande admis pour la première fois à l'asile pendant cette période de vingt ans. Il y en a en 956 et, sur ce nombre, je trouve 137 maniaques, soit 14 p. 100 ou un septième environ. C'est précisément la proportion donnée par Marcé (1), après de nombreuses statistiques recueillies à Bicêtre et à la Salpêtrière. Sur ces 137 maniaques je compte 48 hommes et 89 femmes.

En somme, la manie, récidivante ou non, est plus rare qu'on ne le croit généralement: Deux causes contribuent à propager cette erreur: la première vient de ce que les maniaques sont des gens encombrants. Dans une réunion d'aliénés, on ne voit, on n'entend qu'eux. La seconde, c'est que la plupart sont des récidivistes.

---

(1) A. Marcé. *Traité pratique des maladies mentales*, p. 278.

Dans la statistique de MM. Lallemand et Dupouy, je trouve un maniaque qui en était à son dix-septième internement.

J'oubliais de dire que j'ai distrait, des cas étiquetés manie, deux cas qui m'ont paru appartenir à la confusion mentale et quelques cas qui, dans la suite, ont été reconnus être le début d'une paralysie générale. Je puis assurer que sur ces 137 cas, il n'y a aucun cas de délire aigu, ni de délire lié à l'épilepsie, à l'alcoolisme, etc.

Encore comme M. Parant, je divise ces 137 cas de manie en trois groupes :

Le premier groupe comprend 45 sujets qui ont fini par la manie chronique ou la démence ; 29 sont morts dans l'asile et 14 s'y trouvent encore. Je crois devoir observer qu'aucun d'eux n'avait eu des intermittences franches, qu'il n'y avait parmi eux aucun périodique. Cinq autres sont sortis guéris, mais ont succombé moins de dix ans après leur sortie, trop tôt pour être comptés, soit comme récidivants, soit comme non récidivants.

Dans ce groupe sont encore compris 31 sujets sortis guéris, mais sur lesquels il m'a été impossible d'avoir le moindre renseignement. Sur ce nombre de 31, 6 seulement étaient étrangers au département ; quant aux 25 autres, il y a presque certitude que ceux qui ne sont pas morts prématurément n'ont pas récidivé. Total de ce premier groupe : 81.

Le deuxième groupe comprend 27 sujets atteints de psychose périodique. Les récives se sont manifestées 24 fois sous la forme maniaque, et 3 fois seulement sous la forme de manie-mélancolie. Sur ces 27 cas, il en est 2 seulement qui sont passés à l'état chronique : l'un, actuellement âgé de 55 ans, est atteint de délire systématisé secondaire et présente des signes manifestes d'artério-sclérose ; l'autre, une femme âgée de 43 ans, atteinte de démence agitée, ne présente aucun

signe d'artério-sclérose, quoiqu'elle soit dans cet état de démence depuis une dizaine d'années.

Puisque je suis sur la psychose périodique, je crois devoir citer un cas de guérison de cette forme, généralement incurable, quoique le sujet qui en est l'objet ne soit pas compris dans ma statistique :

B... (Pierre), d'un village des Corbières, né en 1841, entre pour la première fois à l'asile le 18 mars 1862 (lypémanie avec instincts farouches) ; sorti guéri le 25 juillet suivant pour ne revenir que le 14 septembre 1870, en proie à un violent accès de manie qui, très peu de jours après, était suivi d'une grande dépression mélancolique de courte durée, car il sortait en bon état le 10 octobre 1870.

A partir de ce jour jusqu'à sa mort, survenue subitement en 1910, B... (Pierre) n'a pas eu la moindre récurrence de maladie mentale. La guérison s'est donc maintenue pendant quarante ans. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de voir cet homme durant cette longue période. Sans avoir l'air très éveillé, il paraissait avoir l'intelligence des gens de sa condition. Il faisait à pied le trajet de son village, très éloigné de Limoux, pour venir voir son fils, B... (Martin), qui, comme son père, avait été interné à l'asile à l'âge de vingt ans ; c'était un débile, sujet à des accès de fureur maniaque, mort en démence la même année que son père.

Ces dernières observations vont à l'encontre de certaines affirmations trop absolues de Kraepelin et de ses adeptes. D'après MM. Deny et Camus, la folie maniaque-dépressive, autrement dit la psychose périodique, est foncièrement incurable et n'aboutit jamais à la démence. Celle-ci ne surviendrait, d'après Kraepelin, que par les progrès de l'âge ou d'une artério-sclérose généralisée. MM. Ritti (1) et Régis (2) sont moins exclusifs. Ils admettent que cette forme mentale peut se terminer par la guérison, mais que cette terminaison est rare. Ils

---

(1) *Dict. encycl. des sciences méd.*, 4<sup>e</sup> série, t. III, p. 322.

(2) *Précis de psych.*, p. 273 (3<sup>e</sup> édit.).

admettent aussi la terminaison par la démence au bout d'un temps très long.

Le troisième groupe, le plus intéressant, comprend 29 cas. Ce sont les maniaques qui ont guéri et qui n'ont pas récidivé. On en trouvera l'observation succincte à la fin de ce mémoire. Quatre sont morts; je compte la durée de leur guérison du jour de leur sortie à celui de leur décès. Pour les 25 autres, la durée de la guérison est comptée jusqu'au 31 décembre 1910.

Cette durée a été :

Pour 1 sujet,	de plus de 26 ans,	n <sup>o</sup> 2 des observations.
— 1 —	—	23 ans, n <sup>o</sup> 5.
— 1 —	—	22 ans, n <sup>o</sup> 6.
— 3 —	de 20 ans et plus,	n <sup>os</sup> 9, 10, 11.
— 3 —	de 19 ans et plus,	n <sup>os</sup> 7, 13, 14.
— 2 —	de plus de 18 ans,	n <sup>os</sup> 8, 15.
— 3 —	de plus de 17 ans,	n <sup>os</sup> 3, 16, 17.
— 1 —	de plus de 16 ans,	n <sup>o</sup> 18.
— 4 —	15 ans et plus,	n <sup>os</sup> 19, 20, 21, 22.
— 6 —	de 12 ans,	n <sup>os</sup> 1, 4, 12, 24, 26, 27.
— 3 —	de 11 ans et plus,	n <sup>os</sup> 23, 25, 29.
— 1 —	de 10 ans,	n <sup>o</sup> 28.

J'admettrai volontiers, d'après le calcul des probabilités déjà fait, que sur ces 29 cas il y en ait quatre qui puissent récidiver. Il restera toujours 25 non récidivants. Mais sur les 31 sujets du premier groupe, dont je n'ai pu retrouver la trace, soit parce que leur sortie remontait à une époque trop éloignée, soit parce que j'ai manqué d'intermédiaires pour les rechercher, on m'accordera bien qu'il y en a au moins 15 qui ne sont pas morts prématurément ou qui n'ont pas quitté le département de leur domicile. Ceux-là, certainement, n'ont pas récidivé puisqu'ils ne sont pas revenus. Cela nous fait 40 manies simples non récidivantes contre 27 manies récidivantes ou psychoses périodiques.

De ce qui précède, je crois pouvoir conclure que dans notre région et dans le milieu rural où j'ai opéré, le nombre des cas de manie simple, non récidivante, est

sensiblement supérieur à celui des psychoses périodiques.

*Ages extrêmes des 56 maniaques des deux derniers groupes au moment du premier accès :*

	Hommes.	Femmes.
Récidivants au-dessous de 20 ans. . . . .	2	4
— de 40 à 42 ans. . . . .	»	7
— de 40 à 54 ans. . . . .	5	»
Non récidivants au-dessous de 20 ans. . . . .	3	»
— à 22 ans. . . . .	»	2
— de 40 à 45 ans. . . . .	3	»
— à 45 ans. . . . .	»	3

Dans toute question scientifique, il faut penser à son côté pratique. Or, j'estime que, dans les cas qui nous occupent, le pronostic a une grande importance et que, sous ce rapport, les résultats fournis par cette enquête ne sont pas à dédaigner.

Interrogé sur l'avenir d'un maniaque, à son premier accès, l'aliéniste, imbu de la doctrine kraepelinienne, se prononcera nettement pour l'incurabilité du malade et portera la désolation dans une famille déjà bien éprouvée. Quant à moi, fort des résultats de mon enquête, je serai heureux d'assurer que le malade aura, à peu près, une chance sur trois de guérison radicale. Je serai même plus rassurant si le cas de ce malade réalise les conditions énumérées par M. Magnan (1), et acceptées par le professeur Ballet : intensité plus grande des symptômes, période prodromique, causes physiques ou morales puissantes (excès, veilles, fatigues, émotions, maladies infectieuses, pas d'hérédité ou prédisposition légère).

L'étude de mes 29 cas de guérison vient à l'appui de l'opinion de MM. Magnan et Ballet. J'ai trouvé assez

(1) Magnan. *Rech. sur les centres nerveux*, 2<sup>e</sup> série, 1893, p. 501.

souvent, en effet, dans ces observations les mentions suivantes : « Agitation maniaque intense, très intense, des plus intenses. » Chez mon client, qui ne se trouve pas compris dans cette statistique et qui se maintient en très bon état depuis plus de vingt-quatre ans, son accès fut une véritable fureur maniaque. J'y trouve encore trois cas de manie puerpérale, deux cas survenus pendant la convalescence de la fièvre typhoïde et le cas d'une femme à la suite de la mort violente de son mari.

En nous fixant sur la grande fréquence des cas chroniques dans la manie simple et sa rareté presque exceptionnelle dans la manie périodique, cette statistique nous donne encore un enseignement qui montre bien le trouble que la conception de la folie maniaque dépressive a apporté dans les esprits en englobant dans cette nouvelle entité deux formes mentales aussi différentes que la manie simple et la manie périodique, qui ont, certainement, la même symptomatologie, mais dont les suites sont si différentes que, depuis Falret, Ritti, Magnan, Régis, Ballet, et autres cliniciens dont personne ne conteste le sens clinique, elles sont considérées comme parfaitement autonomes. Faut-il supprimer cette distinction, basée sur une longue observation, parce qu'elle contrarie une théorie, née d'hier, qui nie souvent l'évidence des faits? Certainement non, et, alors, que devient la folie maniaque-dépressive?

En présence des résultats si contradictoires que l'on constate, d'une part, entre les statistiques allemandes et celles du midi de la France et, d'autre part, quoique à un moindre degré, entre les statistiques du nord et celles du midi de la France, on peut se demander si le climat, et, même, dans le même climat, le milieu social, n'ont pas une action élective sur telle ou telle autre forme de manie.

J'écarterai l'influence du milieu social en considérant que les statistiques de MM. Régis et Parant, d'une part, et la mienne, d'autre part, prises sur des sujets de condition sociale différente, ont donné des résultats très peu différents.

Quant à l'influence du climat ou, si l'on préfère, de la nationalité, j'estime que cette question ne sera résolue que lorsqu'on aura produit des statistiques personnelles, vécues, qui ne soient pas établies exclusivement sur des documents administratifs et, surtout, exemptes de toute idée systématique.

Il y a quelques mois, MM. Rémond et Voivenel m'ont fait l'honneur de me demander mon opinion sur la psychose maniaque-dépressive. J'ai dû décliner pour le moment cette proposition si honorable pour moi et dont je leur suis reconnaissant, parce que je tenais à faire auparavant une enquête personnelle afin de m'assurer si, réellement, la manie et la mélancolie simples étaient ou non une réalité. Des circonstances indépendantes de ma volonté ont retardé ce travail terminé, d'ailleurs, depuis longtemps lorsqu'il paraîtra.

Je ne suis pas qualifié pour juger l'œuvre du célèbre psychiatre allemand. Mais, en ce qui concerne la psychose maniaque-dépressive et après l'étude que je viens de faire, je crois pouvoir dire que, sur cette question, Kraepelin n'a tenu aucun compte de l'observation des faits, qu'il s'est contenté d'affirmations, alors qu'il aurait fallu, d'abord, des démonstrations, et qu'il s'est livré à une généralisation hâtive en créant une entité composée d'éléments artificiellement groupés.

Je dois avouer, en toute humilité, que malgré le talent d'exposition de MM. Deny et Camus, de M. Rogues de Fursac, le tableau de la folie maniaque-dépressive ne m'avait séduit ni par sa simplicité ni par sa clarté; que les raisonnements par lesquels ces auteurs cherchent

à expliquer l'accomplissement de symptômes si disparates m'avaient paru bien subtils.

Ainsi, j'ai admiré sans réserve les belles pages consacrées par MM. Rémond et Voivenel à la critique de la maniaque-dépressive, démontrant avec une admirable clarté que cette théorie était basée uniquement sur des symptômes d'ordre purement psychique, base bien fragile, en vérité. Il était difficile de mieux montrer les exagérations de la méthode exclusivement psychologique.

*Observations très succinctes des 29 maniaques sortis guéris et qui n'ont pas récidivé.*

N° 1. — M... (Catherine), mariée, trente ans; entrée le 11 avril 1883; sortie très améliorée, le 15 juillet suivant; décédée chez elle, en 1895, de méningite tuberculeuse, sans avoir eu d'autres accès, soit de manie, soit de mélancolie (D<sup>r</sup> Crambes, de Lapradelle-Puilaurens). Durée de la guérison, douze ans.

N° 2. — F... (Marie-Anne), mariée, quarante-cinq ans; entrée le 17 mai 1884, pour agitation maniaque intense; sortie guérie le 30 mai 1884. J'ai eu l'occasion de la revoir, plusieurs fois, après sa sortie; encore en vie; n'a pas récidivé. Durée de la guérison, plus de vingt-six ans.

N° 3. — O... (Rose), mariée, trente ans; entré le 11 août 1884, pour manie aiguë intense, suite de couches. Sortie guérie le 7 avril 1885. État mental très satisfaisant jusqu'à sa mort, en 1908 (D<sup>r</sup> Laffitte, de Chalabre). Durée de la guérison, dix-huit ans.

N° 4. — C... (Isidore), quarante ans; entré le 1<sup>er</sup> juillet 1887; sorti guéri le 16 septembre suivant. Mort le 30 avril 1899 sans avoir été repris par sa maladie mentale. Ces renseignements m'ont été donnés par deux de ses anciens amis. Durée de la guérison, douze ans.

N° 5. — C... (Marie), trente-sept ans, mariée; entrée le 13 juin 1887. Sortie guérie le 4 novembre suivant. Est encore en vie; état mental normal; devenue veuve, dirige seule et convenablement ses affaires. Durée de la guérison, plus de vingt-trois ans.



N° 6. — L... (Germaine), vingt-sept ans, mariée; entrée le 8 septembre 1887. Sortie guérie le 3 juin 1888. Depuis lors, bonne santé physique et morale. Travaille tous les jours, à la campagne. Durée de la guérison, plus de vingt-deux ans.

N° 7. — R... (Etienne), vingt-deux ans; entré le 29 juin 1889 pour une manie aiguë intense qui a duré au même degré pendant plus d'un an. Sorti guéri le 20 mars 1891; R... (Etienne) a quitté Castelnaudary pour aller à Carcassonne exercer le métier de portefaix (D<sup>r</sup> Mordagne, de Castelnaudary). J'ai appris par le commissaire de police de Carcassonne, qui connaît bien R... (Etienne), que ce dernier mène une existence un peu irrégulière, mais qu'il n'a plus donné des signes de folie. Durée de la guérison, vingt ans.

N° 8. — R... (Eugénie), trente ans, mariée; entrée le 27 avril 1890 pour manie aiguë depuis quinze jours. Sortie guérie le 12 juin 1892. « Se porte bien et n'a pas eu de nouvelles manifestations vésaniques. » (D<sup>r</sup> Mercier, de Conques.) Durée de la guérison, plus de dix-huit ans.

N° 9. — Z... (Elie-Antoine), dix-huit ans, célibataire; entré le 1<sup>er</sup> juin 1890; agitation maniaque des plus intenses. Sorti guéri le 16 janvier 1891. « Z... (Elie) a quitté son village depuis une quinzaine d'années; il habite Carcassonne où il s'est marié; se porte bien et n'a pas eu de nouvelles crises. » (D<sup>r</sup> Crouzet, de Cuxac-Cabardès.) Durée de la guérison, vingt ans.

N° 10. — G... (Rose), vingt-trois ans, célibataire. Entrée le 4 juillet 1890. Manie aiguë survenue quinze jours auparavant, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Sortie guérie le 12 avril 1891. « Sa maladie mentale n'a pas récidivé; elle souffre, seulement, assez souvent, d'une affection du foie. » (D<sup>r</sup> Fournié, d'Alzonne.) Durée de la guérison, vingt ans.

N° 11. — B... (Jean-Autoine), vingt-trois ans, célibataire. Entré le 7 août 1890. Manie aiguë depuis neuf jours. Sorti guéri le 16 décembre 1890. Vit encore, est en parfaite santé, gagne très bien sa vie. Sa guérison s'est maintenue depuis sa sortie de l'asile. Durée de la guérison, plus de vingt ans.

N° 12. — B... (Jean), cinquante-cinq ans, entré le 23 août 1890 pour excitation maniaque depuis un mois. Sorti guéri le 9 décembre 1890. « Quelques années après sa sortie, B... (Jean) fut atteint d'une péritonite traumatique (coup de pied de cheval à l'abdomen), ensuite d'une brouchite qui passa à l'état chronique. Il s'éteignit tout doucement en 1902 sans qu'il

y ait eu récédive de maladie mentale. » (D<sup>r</sup> Fournié, d'Alzonne.)  
Durée de la guérison, douze ans.

N° 13. — B... (Jacques), cinquante ans. Manie aiguë.  
Invasion subite le 7 décembre 1890; entré à l'asile le 11 décembre 1890. Sorti guéri le 11 mars 1891. « Décédé fin 1909 sans récédive de maladie mentale. » (M<sup>me</sup> veuve D<sup>r</sup> Journet, de Laure.) Durée de la guérison, dix-neuf ans.

N° 14. — C... (Marie-Céline), trente-huit ans; entrée le 21 janvier 1891. Sortie guérie le 14 février 1892. « Encore en vie; n'a plus eu de manifestations vésaniques depuis sa sortie de l'asile. » (D<sup>r</sup> Crouzet, de Cuxac-Cabardès.) Durée de la guérison, dix-neuf ans.

N° 15. — Ch... (Antoinette); vingt-six ans, mariée; entrée le 11 juillet 1891. Symptômes de la folie maniaque-dépressive: triste, déprimée durant les premiers jours qui suivirent son entrée; peu de jours après, agitation maniaque qui a persisté. Sortie guérie le 12 septembre 1892. « Depuis sa sortie, jouit d'une parfaite santé physique et morale, s'occupe de son ménage et travaille journellement à sa propriété. » Durée de la guérison, plus de dix-huit ans.

N° 16. — D... (Marie), trente et un ans, mariée. Manie aiguë ayant débuté brusquement le 15 avril 1893. Entrée à l'asile le 26 août 1893; sortie guérie le 14 janvier 1894. « Cette femme travaille tous les jours; se porte très bien; sa maladie mentale n'a pas récédivé. » (D<sup>r</sup> Simacourbe, de Montolien.) Durée de la guérison, dix-sept ans.

N° 17. — E... (Jean), trente-cinq ans. Entré le 17 août 1893. Sorti guéri le 1<sup>er</sup> octobre 1893. « Encore en vie; état mental parfait. » Durée de la guérison, plus de dix-sept ans.

N° 18. — V... (Eulalie), vingt-six ans, célibataire; manie aiguë à début brusque. Entrée le 1<sup>er</sup> mai 1894, sortie guérie le 9 novembre suivant. « Toujours en vie et célibataire; vit avec sa mère et se porte très bien physiquement et moralement. » Durée de la guérison, plus de seize ans.

N° 19. — M... (Augustine), vingt-deux ans, célibataire. Entrée le 18 juillet 1894, sortie guérie le 22 avril 1895. « Mariée depuis une douzaine d'années; bonne journalière; ne présente rien de particulier au point de vue mental; doit être considérée comme bien guérie. » (D<sup>r</sup> Berthomieu, de Luc-sur-Orbien.) Durée de la guérison, quinze ans et huit mois.

N° 20. — M... (Jean-Baptiste), vingt-sept ans. Entré le 14 février 1895, sorti guéri le 28 décembre 1895. « Encore en

vie ; se porte bien aux points de vue physique et intellectuel. »  
Durée de la guérison, quinze ans.

N° 21. — E... (Rosalie), vingt-trois ans, mariée ; manie puerpérale. Accouchée le 30 mai 1895. Entrée à l'asile le 8 juin suivant ; sortie guérie le 8 mars 1896. « Santé bonne, sans nouvelles manifestations vésaniques. » (D<sup>r</sup> Mercier, de Conques.) Durée de la guérison, près de quinze ans.

N° 22. — C... (Joseph), trente-huit ans. Entré le 28 juin 1895. Agitation maniaque dès son arrivée, suivie de dépression quelques jours après. Sorti guéri le 1<sup>er</sup> septembre 1895 ; habite Limoux depuis quelque temps. Sa maladie mentale n'a pas récidivé. Durée de la guérison, plus de quinze ans.

N° 23. — M... (Marie), quarante-cinq ans, veuve. Manie aiguë après la mort violente de son mari. Entrée le 18 août 1897. Après une courte période d'agitation est restée très longtemps triste, taciturne. Sortie guérie le 11 juin 1899. Durée de la guérison, onze ans et six mois.

N° 24. — M... (Rose), vingt-huit ans, mariée. Entrée le 21 mai 1898. Sortie guérie le 11 février 1899. « Je n'ai jamais perdu cette femme de vue, son état mental n'a jamais périclité depuis sa sortie de l'asile et elle n'a jamais plus présenté des symptômes de manie ou d'autres psychoses. » (D<sup>r</sup> Pélissier, de Lapalme.) Durée de la guérison, près de douze ans.

N° 25. — B... (Baptiste), vingt-sept ans. Agitation maniaque depuis le 8 juin 1898. Entré le 17 juin suivant ; sorti guéri le 5 juin 1899. « B... s'est toujours bien porté depuis sa sortie de l'asile et n'a jamais présenté le moindre trouble mental. C'est un travailleur sobre, un peu taciturne, bien vu de tous. » (D<sup>r</sup> Bouichère, de Quillan.) Durée de la guérison, onze ans et sept mois.

N° 26. — P... (Clémentine), vingt-sept ans, mariée. Manie puerpérale. Entrée le 20 octobre 1898 ; sortie guérie le 30 novembre suivant. « Actuellement en vie ; a eu un autre enfant depuis sa sortie. Santé physique et mentale parfaites ; très bonne ménagère ; travaille bien et gagne sa vie avec beaucoup d'intelligence. » Durée de la guérison, plus de douze ans.

N° 27. — F... (Jean-Baptiste), dix-huit ans. Manie aiguë survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Entré le 8 février 1899, sorti guéri le 14 mars 1899. « Pas de récurrence ; est plein de vie et de santé. » (D<sup>r</sup> Laffitte, de Chalubre.) Durée de la guérison, près de douze ans.

N° 28. — M... (Pierre), vingt-sept ans. Accès de manie

aiguë, précédé et suivi d'une période de dépression. Entré le 4 mai 1899; sorti guéri le 25 février 1900. « Sa guérison s'est maintenue. Ses patrons sont très contents de lui; il fait très bien son travail et régulièrement. » (D<sup>r</sup> Ormières, de Carcassonne.) Durée de la guérison, près de dix ans.

N° 29. — B... (Cécile), trente-neuf ans, mariée. Excitation maniaque. Entrée le 19 août 1899; sortie améliorée le 11 octobre suivant. « Sa maladie mentale n'a pas récidivé; elle se porte très bien. Je l'ai vue, hier encore, en bonne santé. » (D<sup>r</sup> Fournié, d'Alzoune.) Durée de la guérison, plus de onze ans.

---

---

# LA DÉMENGE PRÉCOCE ET LA SYPHILIS

Par le Dr Serge SOUKHANOFF

Médecin en chef de l'hôpital de Notre-Dame-des-Affligés  
pour les aliénés,  
Privat-docent de l'Université de Saint-Petersbourg.

---

Une des affections psychiques les plus répandues, et qui se rencontre le plus souvent, est la démence précoce. Sans exagération, on peut dire que la population fondamentale des établissements psychiatriques se forme, justement, au compte de cette lésion psychique, de cette maladie atteignant, pour la plupart, des personnes d'âge juvénile et, en partie, des personnes d'âge moyen et même plus âgées (ce qui s'observe, comparativement, rarement); et c'est à cause de ce genre de malades qu'a lieu le surchargement des établissements psychiatriques publics et des asiles pour les aliénés. En effet, la grande masse de ces malades présente un groupe bigarré, d'après ses phénomènes externes, mais monotone, dans son essentiel, par ses particularités internes (la perte de l'intelligence et la disparition des qualités psychiques supérieures). Cette bigarrure et ce kaléidoscope apparent de phénomènes dans le tableau de la démence précoce dépendent des manifestations individuelles, du degré du trouble des appareils psychiques supérieurs, de l'âge, du degré de développement intellectuel, de la durée de l'affection, du sexe, du genre des occupations, etc.

La démence précoce est un grand malheur pour l'hu-

manité; elle s'exprime dans cela que, chez certains individus, survient prématurément l'anéantissement des éléments nerveux d'ordre supérieur, la destruction des appareils, les plus développés, de notre mécanisme neuro-psychique; et cela a lieu à l'âge où la vie mentale se trouve encore dans sa période d'évolution ou lorsque la vie psychique n'aurait pas dû encore s'exposer à l'involution. Dans la démence précoce s'altèrent et dépérissent les régions supérieures de l'activité psychique. En vérité, cette affection mène à cela que, chez le sujet donné, se détruit la combinaison, se trouble l'intégrité de la personnalité, disparaît la capacité créatrice, baisse et se pervertit la compréhension de l'entourage, et disparaît la capacité au progrès psychique ultérieur. L'homme chez qui se manifeste cette affection devient invalide à un plus ou moins grand degré. Parfois, dans ces cas, le malade atteint à un état de stupidité profonde; d'autres fois on observe des formes plus ou moins légères de décadence des mécanismes psychiques supérieurs, et entre ces deux degrés existent toutes sortes de stades transitoires.

Pour le moment, nous n'avons pas encore de données statistiques sur le nombre des personnes souffrant de démence précoce. Les cas où les manifestations morbides sautent peu aux yeux ne se soumettent pas à la régistration, soit que ces cas passent sous l'aspect d'une autre affection psychique, sous un autre diagnostic, soit que ces manifestations ne sont pas considérées par l'entourage comme maladie, ou pour d'autres raisons encore. Quant aux comptes rendus des asiles psychiatriques, on ne peut pas encore, pour le moment, se servir de leurs données pour l'élucidation, plus ponctuelle, de la fréquence de la démence précoce dans ces établissements, car, dans la grande majorité de ces comptes rendus, les psychoses se distribuent d'après les

anciennes classifications, où figure encore souvent la soi-disant « démence secondaire » et où se trouve admise encore la transition des lésions psychiques aiguës et curables dans les affections chroniques et incurables.

Tant que dans la psychiatrie clinique prédominaient les anciens points de vue, tant que les représentants de cette école scientifique s'occupaient, de préférence, de l'étude et de la description de manifestations symptomatologiques, l'élévation de la démence (primitive) précoce en une forme morbide autonome ne réussissait pas ; c'est seulement les points de vue kraepeliens sur la nosologie psychiatrique et sa classification plus naturelle des maladies mentales qui démontrèrent que ce qu'on considérait avant comme démence secondaire apparaît déjà, dès le commencement, comme primitive et fatale.

Après cela apparut l'étude contemporaine sur la démence précoce : on commença à chercher les causes de cette maladie, si pénible, incurable et si fréquente ; et, comme causes, on exposait diverses circonstances. On faisait la présupposition que cette lésion est l'expression de l'auto-intoxication de l'organisme par les produits des glandes sexuelles. Vinrent ensuite des auteurs qui eurent l'idée que, dans ces cas, jouent un rôle les intoxications d'un autre genre, par exemple les intoxications du canal gastro-intestinal. Mais il est indubitable que ce n'est pas dans cela que consiste la cause fondamentale et essentielle de l'affection psychique donnée. Sans doute, on ne peut réfuter que l'auto-intoxication de l'organisme a une certaine signification ici, mais comme une circonstance occasionnelle et non obligatoire ; cette auto-intoxication, de même que les autres causes, peuvent aggraver les manifestations morbides, et contribuer à leur apparition plus précoce ;

mais la véritable cause ici reste cachée et énigmatique. Les investigations pathologo-histologiques de Klippel et Lhermitte indiquent ce fait que dans la démence précoce est caractéristique justement l'altération des éléments nerveux d'ordre supérieur. Mais il faut ajouter à cela que les modifications vasculaires ici, ou manquent totalement, ou s'associent en qualité de phénomène pathologo-histologique occasionnel. De Buck et De Roubaix ont acquis la conviction que, dans ces cas, les neurones corticaux s'exposent à un degré plus ou moins grand d'atrophie, de dégénérescence granuleuse pigmentaire, menant parfois à la destruction de ces éléments. Très intéressantes sont les recherches de Mondio qui pense que la démence précoce est une psychose s'observant chez des personnes dégénérées qui possèdent des irrégularités congénitales dans la structure du système nerveux. Et dans cette manière de voir de Mondio, il y a déjà une présupposition que la démence précoce sert d'expression des dystrophies particulières dans le mécanisme neuro-psychique.

Il n'y a pas longtemps que le Dr Klutcheff (de Saint-Petersbourg) s'est occupé de l'élucidation de la question sur la connexion de la démence précoce avec la syphilis héréditaire. Il a pris, comme matériel pour ses investigations, 60 cas, avec diagnostic de démence précoce indubitable; et il s'assura que, parmi les malades donnés, chez 41,6 p. 100 il y avait des phénomènes essentiels de syphilis héréditaire; chez 30 p. 100 il a noté des phénomènes non essentiels de cette dernière; chez 8,3 p. 100 les indications sur la syphilis héréditaire étaient exprimées assez faiblement et seulement chez 20 p. 100 les phénomènes de syphilis héréditaire ne furent pas du tout constatés. Klutcheff suppose que, dans les cas de démence précoce, a lieu une distribution irrégulière des cellules embryonnaires de l'écorce céré-



brale par suite de l'influence de l'intoxication par le poison syphilitique, ce qui provoque l'irrégularité congénitale de la structure de l'écorce cérébrale. D'après l'opinion de Klutcheff, la démence précoce est, peut-être, une dystrophie para-hérédosyphilitique particulière.

Dans les recherches de Klutcheff saute aux yeux, entre autres, ce fait que, dans 80 p. 100 des cas avec démence précoce l'un ou l'autre des phénomènes de syphilis héréditaire; et seulement dans 20 p. 100 de cette affection mentale il n'y en avait pas. C'est un fait intéressant et digne d'attention; il indique avec une évidence indubitable qu'il existe une liaison quelconque, proche et intime, entre la démence précoce et la syphilis congénitale. Involontairement, surgit la question de savoir si la démence précoce n'apparaît pas, du moins dans les cas typiques, effectivement, comme résultat de l'influence de l'agent infectieux donné sur l'embryon. Et l'organisation neuro-psychique supérieure, dans ces cas, apparaît d'une structure irrégulière *ab ovo* et se soumet facilement à la destruction, apparaissant d'une manière fatale et infaillible, plus tôt ou plus tard, en dépendance de certaines conditions internes et externes. Les éléments nerveux corticaux d'ordre supérieur, ayant un rapport intime avec les manifestations supérieures de notre activité psychique, étant non stables *ab ovo*, subissent de bonne heure la désagrégation qu'on ne peut détourner, mais qu'il est possible, parfois, de retarder, de retenir. Puisque dans ces cas a lieu une altération incorrigible et même un certain degré de destruction dans la région des éléments nerveux supérieurs de l'écorce cérébrale, cela se manifeste sous forme de perte et de disparition des fonctions supérieures de l'organisme psychique, en aspect de démence précoce, comme résultat de la dystrophie syphilitique.

Que la syphilis joue un certain rôle dans l'étiologie de la démence précoce, cela se confirme, en partie, par les investigations à l'aide de la réaction de Wassermann qui a été obtenue d'après certains auteurs ici dans 25 p. 100. Apparaît très probable la présupposition que là où il n'y avait pas d'indication définie sur la présence des phénomènes de la syphilis héréditaire dans la démence précoce, ces phénomènes se manifestaient autrement; par exemple, déjà l'irrégularité dans la structure du système nerveux central, particulièrement de l'écorce cérébrale, pouvait être envisagée comme l'un des symptômes de l'influence syphilitique héréditaire, cachée de nous pour un certain temps et se manifestant alors seulement lorsque survient l'apparition de la démence précoce. Dans certains cas, en l'absence de phénomènes dystrophiques quelconques accusés chez le malade souffrant de démence précoce, on réussit à découvrir certaines indications sur la syphilis probable dans la génération ascendante la plus proche, à savoir : la paralysie générale chez le père ou des fausses couches chez la mère. Quoique, dans un certain groupe de personnes atteintes de paralysie générale, la syphilis est réfutée et ne peut, d'aucune manière, être prouvée cliniquement, ni à l'investigation habituelle, ni à l'anamnèse exacte, pourtant la réaction biochimique de Wassermann démontre que entre cette affection psychique et l'agent infectieux en question existe une connexion indubitable, consistant en cela que la syphilis apparaît comme cause indispensable et obligatoire de la démence paralytique. En ce qui concerne la démence précoce, il faut dire que la réaction de Wassermann, avec sa technique actuelle, n'est pas encore en état, pour le moment, d'indiquer tant soit peu exactement quelle est justement la dépendance de la démence précoce de la syphilis congénitale, car ici nous avons affaire seu-

lement aux *troubles dystrophiques*. C'est pour cette raison qu'il n'y a rien d'étonnant dans cela que la réaction de Wassermann n'a été obtenue ici que dans 25 p. 100, tandis que les anomalies dystrophiques, caractéristiques de la syphilis héréditaires, ont été trouvées par Klutcheff dans 80 p. 100 parmi les personnes atteintes de démence précoce. L'élucidation de la cause de ce dernier fait apparaît très grave au point de vue pratique, car jusqu'à présent, sans doute, nous ne sommes, en vérité, que des spectateurs de la tragédie qui se déroule sous nos yeux; la science est impuissante à lutter contre cette psychose, une fois qu'elle se développe d'une manière fatale et immuable; nous pouvons seulement, à un certain degré, modifier quelque peu l'une ou l'autre des manifestations externes de l'affection, le contenu du trouble psychique, en tâchant d'amener l'individu à un état plus calme, en provoquant chez lui, si c'est possible, de nouvelles associations dans son activité psychique, plus commodes pour sa vie, pour son entourage et pour ceux qui le soignent. Il en sera sûrement ainsi tant que la lutte contre la propagation de la syphilis ne prendra pas une autre direction, tant que le traitement de cette maladie ne sera pas fondé sur des bases plus rationnelles. C'est ce traitement qu'on peut espérer actuellement, puisque l'étiologie de la syphilis est devenue plus déterminée et qu'apparaît l'espoir d'un traitement correspondant par le *sérum spécial*.

## BIBLIOGRAPHIE.

- Klippel et Lhermitte. *Revue de Psychiatrie*, 1904, p. 45-78.  
 De-Buck et Deroubaix. *Névrosé*, 1905, 26 décembre, t. VII, fascic. 2, p. 163-201.  
 Mondio. *Annali de Neurologia*, 1905, fasc. I II.  
 Klutcheff. *Gazette (russe) médicale*, 1909, n° 29, p. 883.  
 Roubinovitch et Levaditi. Rôle de la syphilis dans l'étiologie de la démence précoce. *Gazette des hôpitaux*, 1909, n° 62.

---

---

# L'ASTHÉNIE POST-DOULOUREUSE

ET LES

DYSTHÉNIES PÉRIODIQUES (PSYCHOSE PÉRIODIQUE)

Par J. TASTEVIN

Suite (1).

---

## II. — LES DYSTHÉNIES PÉRIODIQUES.

Les affections que nous allons maintenant étudier, et que nous appellerons *dysthénies périodiques*, sont, nous l'avons dit, constituées par des accès d'asthénie et de manie combinés diversement et séparés ou non par des intervalles de vie normale plus ou moins prolongés. C'est à l'histoire de la mélancolie et de la manie que se rattachent les premières constatations concernant ces maladies. Jusqu'à Falret et à Baillarger qui, les premiers, isolèrent deux des modalités de ce groupe d'états pathologiques pour en faire des entités morbides, de nombreux auteurs, et notamment Esquirol, Griesinger, avaient constaté et décrit des alternances plus ou moins régulières de la manie avec des états mélancoliques. J.-P. Falret (2) donna le nom de *folie circulaire* aux cas où des accès alternatifs de manie et de mélancolie se succèdent sans interruption, et Baillar-

---

(1) Voir les *Annales* de mars-avril 1911.

(2) J.-P. Falret. De la marche de la folie. *Gazette des hôpitaux*, numéro du 14 janvier 1851, et *Leçons cliniques de médecine mentale*. Paris, 1854.

ger (1) celui de *folie à double forme* à ceux où un double accès, formé de deux accès juxtaposés de manie et de mélancolie, se répète à des intervalles plus ou moins réguliers. On groupa ensuite ces formes alternantes avec la manie et la mélancolie périodiques pour constituer les folies ou psychoses périodiques que Magnan (2) a ramenées plus tard à une seule espèce morbide : *la folie intermittente*. Enfin, dans ces dernières années, Kraepelin (3) a fusionné la mélancolie, la manie et les psychoses périodiques sous la dénomination de *folie maniaque-dépressive*.

Ainsi, jusqu'à présent, les accès d'asthénie de ces affections périodiques ont été considérés comme des accès mélancoliques; néanmoins, tous les auteurs se sont accordés à reconnaître à ces accès une allure spéciale, que l'on a caractérisée par les expressions de *mélancolie avec conscience* ou de *mélancolie sans délire*. Cette physionomie distinctive des accès mélancoliques de la psychose intermittente a été signalée pour la première fois par J.-P. Falret (4) à propos de la folie circulaire; en même temps, cet auteur remarquait l'absence presque générale d'idées délirantes dans les états maniaques de cette affection et caractérisait ces états en disant qu'ils se présentent comme une simple suractivité des facultés; sous le nom d'excitation maniaque, on a longtemps désigné, en effet, des accès d'excitation d'allures diverses et disparates; en tout cas, il nous suffira de noter que les états maniaques de la psychose périodique sont exactement superposables à

---

(1) Baillarger. *Bull. Acad. Médecine*, 31 janvier 1854, t. XIX.

(2) Magnan. *De la folie intermittente*. Communication au Congrès international de médecine de Berlin, 1890.

(3) Kraepelin. *Psychiatrie*, 6<sup>e</sup> édit., 1899, Leipzig, et éditions suivantes.

(4) J.-P. Falret. *Loc. cit.* et *Bull. Acad. Médecine*, 14 février 1854.

ceux des asthéo-manies secondaires, et qu'ils réalisent, par conséquent, le syndrome hypersthénique. Dans cette étude, nous les laisserons un peu de côté; nous nous attacherons plus particulièrement aux accès dits mélancoliques, et nous montrerons qu'ils sont des états d'asthénie. Voici comment Falret a exprimé les caractères distinctifs des accès de la folie circulaire :

« Faisons remarquer toutefois que les deux états, dont la succession continuelle constitue la folie circulaire, ne sont, en général, ni la manie ni la mélancolie proprement dites, avec leurs caractères habituels; c'est en quelque sorte le fond de ces deux espèces de maladies mentales sans leur relief. D'une part, il n'y a pas incohérence d'idées, comme dans la manie, mais simple exaltation maniaque, c'est-à-dire activité extrême des facultés avec besoin incessant de mouvement et désordre très marqué dans les actes; d'autre part, il n'y a pas lésion restreinte de l'intelligence et prédominance de certains délires bien déterminés, comme dans les mélancolies ordinaires, mais dépression physique et morale portée quelquefois jusqu'à la suspension complète des facultés intellectuelles et affectives. »

Ces derniers cas, où, d'après Falret, se produirait la suspension complète des facultés intellectuelles, sont des accès d'asthénie profonde pendant lesquels le malade, immobile, muet et le visage sans expression, paraît complètement étranger au milieu qui l'entoure; on a désigné ces états sous les noms de stupeur ou de stupidité. Mais, comme nous le verrons bientôt, dans les états de stupeur de la psychose périodique, la *perceptivité*, c'est-à-dire la faculté d'éprouver des sensations comme à l'état normal, est conservée, et le malade, lorsque son accès est terminé, peut raconter ce qui s'est passé autour de lui pendant qu'il était en état de stupeur.

Peu après Falret, Billod, d'un autre point de vue, faisait des constatations analogues. Dans une étude sur les diverses formes de mélancolie (1), il était conduit à faire un groupe d'états mélancoliques caractérisés par « l'expression de la tristesse sans idées tristes », et, en se basant sur des observations personnelles, il faisait rentrer dans ce groupe des états particuliers qu'il avait constatés dans les intervalles des accès chez des maniaques intermittents qui, en réalité, étaient des circulaires. Voici, de cette étude, les passages qui nous intéressent :

« Cette expression de mélancolie sans idées tristes ou sans délire m'a paru caractériser si généralement l'état mental des aliénés à manie intermittente dans l'intervalle des paroxysmes que je suis porté à révoquer absolument en doute l'existence de la manie intermittente et à n'y voir, en définitive, qu'une variété de la folie circulaire ou à double forme. Peut-être, enfin, serait-il possible de faire rentrer dans la forme de lypémanie qui nous occupe l'affection à laquelle M. Baillarger a donné le nom de stupidité, s'il était permis de voir dans l'air stupide des malades qui en sont atteints une expression de mélancolie véritable, et s'il était bien démontré, d'ailleurs, que ces malades n'ont que cette expression de mélancolie sans idées tristes. »

Mais bien avant qu'ait été constitué le groupe des folies périodiques, Esquirol (2) avait décrit, sans toutefois les identifier, les accès dits mélancoliques de ces affections et signalé leur alternance avec la manie :

---

(1) Billod. Des diverses formes de lypémanie, *Ann. méd. psychol.*, 1856, p. 337.

(2) *Dictionn. des Sc. médicales*. Art. « Suicide », 1821. Cet article d'Esquirol a été reproduit dans son *Traité des maladies mentales*, 1838, t. 1<sup>er</sup>, p. 526. Le passage cité est à la page 556.

« Ces malades ont les traits de la face tirés, le regard fixe et inquiet ; le teint est pâle ou jaune : ils se plaignent d'une gêne, d'une douleur à l'épigastre, d'une sorte d'engourdissement de la tête qui les empêche de penser, et d'une torpeur, d'une lassitude générale qui les empêche d'agir. Ils ne font point de mouvements, ils aiment à rester couchés ou assis ; ils s'impatientent lorsque l'on veut leur faire faire de l'exercice ; ils abandonnent leurs occupations ordinaires, négligent leurs devoirs domestiques, sont indifférents pour les objets de leurs affections ; ils ne s'occupent plus d'affaires ; ils ne veulent ni converser, ni étudier, ni lire, ni écrire ; ils redoutent la société et surtout les importunités auxquelles cette maladie les expose ; affligés de cet état, ils ont des idées noires ; enfin, désespérés de leur nullité ou prétendue nullité qu'ils croient ne pouvoir jamais surmonter, ils désirent la mort, la réclament, et quelquefois se la donnent, voulant cesser de vivre parce qu'ils croient ne pouvoir plus remplir leurs devoirs de famille ou de la société. Ces malades ne déraisonnent pas ; leur impulsion au suicide est d'autant plus forte qu'ils ont eu plus d'occupations habituelles et plus de devoirs à remplir. J'ai vu cette maladie persister pendant plusieurs mois, pendant deux ans ; je l'ai vue alterner avec la manie, avec la santé parfaite. Quelques malades étaient, pendant six mois, maniaques ou bien portants, et pendant six mois accablés par le sentiment de leur impuissance physique, intellectuelle et morale qui leur faisait désirer la mort. »

On voit qu'Esquirol n'a pas identifié ces accès qui alternent avec la manie ou se reproduisent seuls périodiquement ; il ne pouvait d'ailleurs songer à les considérer comme mélancoliques, puisqu'il y constatait l'absence de délire et que, pour cet auteur, le délire était, dans la mélancolie, un fait essentiel. Mais on



reconnaîtra que la description qu'il en donne est en concordance parfaite avec les constatations de J.-P. Falret et de Billod. Depuis les travaux de ces aliénistes, il n'a rien été ajouté d'important à l'étude des accès de mélancolie des folies périodiques, et la description que J. Falret a faite de ces accès, plus de cinquante années après Esquirol, dans un travail d'ensemble sur la folie circulaire (1), ne diffère pas sensiblement de celle de cet auteur.

De la description d'Esquirol, qui est celle d'un accès typique de mélancolie avec conscience, une remarque très importante, qui sera confirmée par les faits que nous exposerons bientôt, peut être dégagée : c'est qu'il y a lieu de distinguer dans l'accès deux groupes de phénomènes : d'une part, un ensemble de manifestations dont le malade reconnaît le caractère maladif, et, d'autre part, des réactions émotionnelles et parfois de suicide, déterminées par la connaissance que le malade a de son affection et des conséquences, en réalité souvent navrantes, qu'elle entraîne pour lui-même.

Or, dans le premier groupe de phénomènes, tel qu'il paraît résulter de la description d'Esquirol, nous retrouvons précisément les éléments de l'asthénie ; il est vrai qu'il s'y trouve aussi un élément de nature émotionnelle : la douleur épigastrique, signalée d'ailleurs dans beaucoup d'observations de mélancolie sans délire ; dans la description de J. Falret, que nous venons de mentionner, elle est notée sous le nom d'anxiété précordiale (2). Mais

---

(1) Jules Falret. La folie circulaire ou folie à formes alternées. *Arch. gén. de médecine*, décembre 1878 et janvier 1879. Reproduit dans *Etudes cliniques sur les maladies mentales*, 1890, p. 584.

(2) « Ces malades accusent le plus souvent une douleur poignante à la région de l'épigastre, douleur accompagnée d'angoisse physique et morale, représentant à la fois une sensation de pression douloureuse et de griffe, à laquelle on a donné le nom classique d'anxiété précordiale. » J. Falret. *Loc. cit.*, p. 588 des

nous montrerons bientôt que cette sensation est l'élément affectif de l'anxiété éprouvée par le malade en pensant à sa maladie ; elle appartient donc au deuxième groupe. Ainsi, il ne reste dans le premier groupe que l'asthénie, et celle-ci est bien l'affection dont se plaint le malade.

Quant au deuxième groupe, il est surajouté à l'asthénie ; il en est la conséquence, mais, en un certain sens, il n'appartient pas à l'accès. En effet, un syphilitique, un cancéreux, par exemple, s'inquiètent de leur affection et ont de l'anxiété, certains désirent la mort et parfois se la donnent ; ces réactions sont sans doute secondaires aux manifestations syphilitiques et cancéreuses, mais il ne viendra à l'idée de personne de les introduire dans la symptomatologie de la syphilis et du cancer, et cela parce que le rapport de causalité qui unit ces réactions à ces maladies est d'un genre spécial : il ne s'exerce que par l'intermédiaire de faits intellectuels, de jugements à l'aide desquels le malade connaît, d'ailleurs avec plus ou moins d'exactitude, les conséquences de son affection. De même l'anxiété, le dégoût de la vie et les tentatives de suicide des malades atteints de mélancolie sans délire sont déterminés par leur accès d'asthénie, mais par l'intermédiaire des jugements qu'ils portent sur leur état. Nous avons donc la succession de faits suivante : asthénie, jugements, anxiété, réactions de suicide.

Les distinctions que nous venons de faire entre les deux groupes d'éléments qui se montrent au cours des accès de mélancolie avec conscience nous paraissent capitales pour la connaissance de ces accès. C'est en partie parce qu'elles n'ont pas été faites que ces derniers

---

*Etudes cliniques.* Remarquons, en passant, que nous avons constaté cette sensation épigastrique dans les crises de chagrin et d'anxiété décrites dans la première partie de ce travail.

ont été jusqu'ici considérés comme ayant une base émotionnelle ; mais cette erreur est due aussi et surtout à la confusion extrême des idées actuelles en tout ce qui concerne les émotions. En pathologie mentale, on appelle *dépression* l'ensemble des éléments fondamentaux de la mélancolie, et *excitation* l'ensemble des éléments qui constituent la base de la manie. La *dépression* comprend trois éléments : le ralentissement des idées, l'humeur triste, — où l'on fait entrer la tristesse, la *dépression morale*, le découragement, la crainte, l'anxiété, — enfin l'inertie motrice. A ces trois phénomènes s'opposent : la fuite des idées, l'humeur gaie et l'exagération des mouvements ; ce sont les trois éléments fondamentaux de l'excitation. En ce qui concerne la *dépression*, ses trois éléments sont placés sur le même plan, et comme l'humeur triste est quelque chose d'imprécis, de confus, d'insaisissable, le ralentissement des idées et l'inertie motrice prennent, malgré tout, dans la *dépression* une place prépondérante. Les conceptions émotionnelles de Lange, dont l'influence s'est exercée sur la psychiatrie dans ces vingt dernières années, ne pouvaient d'ailleurs qu'accentuer cette manière de voir, puisque, pour cet auteur, la tristesse est constituée par la lassitude, le ralentissement des idées, les larmes et des phénomènes vaso-constricteurs. Or, il manque à ce tableau précisément l'élément essentiel : la douleur émotionnelle, qui est ici un serrement épigastrique, et dont les phénomènes signalés ne sont que la conséquence. On conçoit que, dans ces conditions, l'asthénie devait être méconnue, et, d'ailleurs, malgré son importance, elle n'a aucune place dans les traités de pathologie mentale.

Si, d'un tel point de vue, l'on compare l'accès de mélancolie sans délire des psychoses périodiques à l'accès de mélancolie proprement dite, on ne constatera

entre eux aucune différence importante. Et cependant, un fossé profond sépare ces deux sortes d'états morbides : dans la mélancolie délirante, l'élément fondamental est une douleur émotionnelle intense et anormalement persistante ; cette douleur détermine une asthénie *progressive*, et, en même temps, les troubles généraux que produisent les douleurs prolongées. Mais, interrogeons un malade atteint de mélancolie sans délire. Demandons-lui comment il est ? Triste, répondra-t-il peut-être. — Mais pourquoi êtes-vous triste ? — Je suis triste à cause de ma maladie. — Et il exposera alors les troubles profonds qu'apporte dans son existence une affection essentiellement récidivante, de longue durée, et qui l'empêche de se livrer à toute occupation. Quelle est donc cette maladie dont il se plaint ? A cette question, le malade répondra invariablement : ma maladie, c'est le manque de forces, la faiblesse, et il décrira les manifestations de l'asthénie ; mais jamais il ne dira : ma maladie, c'est un chagrin, une anxiété sans motifs.

En résumé, dans la mélancolie proprement dite, nous avons la succession suivante : douleur émotionnelle, puis asthénie progressive. Dans l'accès de mélancolie sans délire de la psychose intermittente, c'est l'inverse qui a lieu : l'asthénie est primitive et la douleur morale secondaire. Mais, et c'est un point très important, tandis que dans le premier cas l'asthénie résulte de la douleur en vertu d'une loi physiologique, dans le deuxième cas, l'émotion douloureuse résulte de l'asthénie par l'intermédiaire de la connaissance qu'a le malade des effets sociaux de son affection ; l'émotion est donc dans ce dernier cas avec les réactions qu'elle peut déterminer, un phénomène surajouté à l'accès et qui, en quelque sorte, ne lui appartient pas.

C'est donc un état asthénique qui alterne avec l'excitation maniaque, et d'ailleurs la première partie de ce

travail le faisait déjà supposer. Les relations des deux états qui constituent la base de la psychose intermittente sont en effet telles qu'*a priori* on pouvait penser qu'ils sont exactement opposés l'un à l'autre ; or une douleur émotionnelle ne s'oppose pas à la joie, mais à une sensation de plaisir, et, d'autre part, nous avons montré, en étudiant les asthéo-manies secondaires, que c'est l'asthénie qui a des caractères opposés à ceux de la joie ou de l'excitation maniaque. L'étude clinique de la psychose intermittente nous conduit donc à des résultats absolument concordants avec ceux que donne l'étude des asthéo-manies secondaires, des émotions douloureuses et de la joie.

Voici maintenant quelques observations qui vont mettre en évidence les faits que nous venons de signaler (1).

Obs. I. — C..., femme, cinquante-sept ans. Entrée à Sainte-Anne le 6 novembre 1908, pour un accès de lassitude qui dure depuis cinq mois. Depuis 1893 elle a eu neuf à dix accès identiques à ce dernier et dont la durée a varié de cinq à huit mois. Interrogée, elle en décrit le début et les manifestations de la manière suivante :

Ça me prend par de l'abattement, je dis : tiens, je sens que je vais retomber malade. J'ai moins de courage, je n'ai pas d'entrain, les idées me viennent difficilement, et pourtant de mon naturel je suis très vive. Alors il faut que je me couche, je ne suis bien que dans mon lit. Alors je me fais peur d'être dans cet état, il me prend des angoisses dans l'estomac. — Qu'est-ce qui vous donne ces angoisses? — Eh bien! de me voir retomber malade et puis d'être plus capable de tenir mon intérieur.

En 1893 cette malade tenait un commerce avec son mari, lorsque celui-ci perdit 60.000 francs dans des entreprises ; il

---

(1) Les observations personnelles de ce travail ont été recueillies dans les services de MM. les D<sup>rs</sup> Magnan, Vallon et Lwoff que je remercie d'avoir bien voulu m'autoriser à les publier.

tomba gravement malade et sa femme fit un accès de mélancolie véritable qui nécessita l'internement à cause d'une tentative de suicide. Elle se croyait ruinée; il semble qu'elle ait eu d'autres idées délirantes, mais ses souvenirs sont un peu confus en ce qui concerne cet accès. Deux ans après apparut le premier accès d'asthénie; il eut, comme les suivants, les mêmes caractères que l'accès actuel. La malade attribue son affection aux émotions pénibles qu'elle a éprouvées par suite des mauvaises entreprises de son mari et de la perte de son commerce; en sorte que, peu après le début de chaque accès, elle accuse son mari d'être la cause de son état par les pertes d'argent qu'il a faites autrefois; de même elle regrette de n'avoir pas été plus économe, ce qui lui permettrait de se faire soigner chez elle. Dès que son mal la reprend, me dit le mari, elle se plaint que nous n'avons pas réussi dans nos affaires et elle me fait des reproches; c'est vrai que j'ai fait de mauvaises réussites, et je n'ai pas été économe et tout ça lui monté la tête; aujourd'hui je suis obligé de faire le placier.

Cette malade n'a jamais fait de tentative de suicide en dehors de son accès de mélancolie. Ménopause à quarante-neuf ans. A toujours été très constipée.

Les accès d'asthénie débutent progressivement en quelques jours et disparaissent de même.

OBS. II. — B..., femme, cinquante-quatre ans. Entrée à Sainte-Anne le 3 novembre 1908, pour un accès d'asthénie. A l'époque de la ménopause, qui s'est produite vers quarante-six ans, cette malade a eu des métrorragies abondantes qui l'ont beaucoup épuisée; sa lassitude persistant, elle a dû restreindre ses occupations, d'ailleurs assez pénibles. En 1903, sans être revenue à son état habituel, son abattement a progressé au point qu'il lui a fallu cesser tout travail.

Finalement elle est allée à la Salpêtrière, y a fait un séjour de quelques mois et en est sortie guérie.

Vers le milieu de l'année suivante un accès d'asthénie se produisit sans cause apparente, et depuis elle a eu cinq à six accès identiques et d'une durée de quatre à cinq mois. Voici la description qu'elle fait de ses accès, lorsqu'on l'interroge :

Ça me vient par la fatigue, l'accablement toujours. Quand je commence à retomber, j'affaiblis tout doucement, je travaille encore un peu, puis ça va de plus en plus mal, puis je ne peux plus rien faire du tout, je suis obligée de m'aliter. Quand je

sens mes forces s'en aller, je me dis : me voilà encore reprise. Je n'ai plus le goût du travail, parce que je n'ai plus la force. J'ai pas de volonté puisque je ne peux pas faire ce que je veux. Si j'essaie de lire quelque chose, je ne peux pas continuer, je ne sais plus ce que je lis, tout de suite je suis fatiguée.

Je me dis toujours : je ne guérirai pas, je suis perdue, je n'en relèverai pas de cette chose-là. Je suis toujours serrée ici (montre le creux épigastrique) par cette idée que je ne guérirai pas, l'ennui de me voir malade. D'abord ça guérit pas ces maladies. C'est ma santé, de me voir retomber malade, qui me préoccupe le plus, et puis mes enfants, s'ils n'avaient pas de travail, ça me faisait du mal aussi. J'ai toujours craint la misère, et comme avec ma maladie j'ai perdu mon commerce (était marchande ambulante), j'ai peur d'être malheureuse ; mes enfants, je les ai aujourd'hui, mais si je les avais pas, qu'est-ce que je deviendrais ? Quand je suis malade comme ça, tout me fait bien plus de mal, je m'émotionne plus facilement. J'ai eu parfois des idées de me faire du mal. (La malade a fait une tentative récente d'asphyxie avec un réchaud, ce qui a motivé son internement.)

Pendant ma maladie, je n'ai plus autant d'affection pour les miens ; tout m'agace, je suis énervée de rien.

La malade, habituellement constipée, l'est beaucoup plus pendant ses accès.

Le début et la terminaison des accès se produisent progressivement, en quelques jours.

OBS. III. — D..., femme, soixante-quatorze ans. Cette malade est depuis huit ans à l'asile de Maison-Blanche, où elle est entrée à la suite d'une tentative de suicide survenue au cours d'un accès d'asthénie. A l'âge de vingt-quatre ans, étant enceinte et nouvellement mariée, elle a eu de l'asthénie pendant neuf mois à la suite de difficultés nombreuses avec des parents de son mari. — Ma maladie m'a pris par des contrariétés, j'ai remarqué que je ne pouvais plus rien faire, je n'avais plus de courage, j'étais anéantie.

Depuis cette époque, elle a eu à peu près chaque année un accès d'asthénie d'une durée d'environ six mois, et survenant à n'importe quelle époque de l'année. Tous les ans, dit-elle, il n'y a pas à dire, tous les ans j'ai été malade, c'était une affaire réglée ; quand je pense que je vais avoir soixante-quatorze ans et que j'ai passé ma vie comme ça !

Ça me prenait insensiblement ; au bout de quatre à cinq jours je me trouvais malade et ça disparaissait pareil. Alors, j'étais anéantie et puis le goût à rien, je n'avais pas du tout d'entrain ; j'aurais voulu faire, mais je ne pouvais pas. J'étais toujours fatiguée, oh ! fatiguée et de ne rien faire puisque je ne bougeais pas ; c'était encore sur ma chaise que j'étais le mieux ; j'étais là, inerte. A ces moments-là, je n'aimais pas causer, ça me disait pas. Si j'essayais de lire, quand j'avais lu quatre à cinq lignes je me rappelais plus de ce que j'avais lu, je recommençais quatre à cinq fois et puis je jetais mon livre.

J'étais tourmentée de ne voir dans cet état ; c'était toujours mon refrain, je disais : je ne guérirai pas, cette idée me mettait hors de moi ; c'était la seule idée que j'avais, c'était l'idée fixe. J'avais qu'une chose en tête, c'était ma maladie. La malade a fait une seule fois une tentative de suicide ; il y a huit ans : Je me suis dit comment ! arrivée à cet âge et c'est toujours pareil ; c'est de là que j'ai ouvert ma fenêtre du cinquième, pour me précipiter dans la rue, une dame m'a retenue ; c'est la seule fois, mais j'étais tellement découragée, mon Dieu !

Pendant ses accès, la malade a de la rachialgie et de la constipation. Depuis cinq à six années elle n'a plus eu d'accès. Malgré son âge elle ne présente pas d'affaiblissement intellectuel.

Obs IV. — R..., femme, quarante-neuf ans. Entrée à Sainte-Anne le 17 avril 1909, à la suite d'une tentative de suicide par empoisonnement. Cette malade eut, il y a douze ans, un premier accès d'asthénie ayant duré dix-huit mois ; quelques années après, survint un deuxième accès, puis un troisième. Elle est actuellement atteinte d'un nouvel accès ; elle se meut péniblement, parle d'une voix faible et lente. Tous ses accès sont semblables et elle les décrit comme suit :

Ça me prend tout d'un coup comme un effondrement, comme un coup de foudre. C'est une impuissance de pas pouvoir agir, je me sens paralysée ; je me sens lourde ; j'ai beaucoup de mal à sortir de mon lit. C'est le manque de force, c'est l'impuissance de volonté qui domine chez moi ; je puis pas accomplir ce que je veux faire, et pourtant je veux bien le faire, c'est la force qui manque probablement. Pour que je mange il faut qu'on s'occupe de moi et j'en ai bien l'idée que c'est l'heure de déjeuner ; je ressens la faim et puis je ne bougerai pas, je reste abruti sur ma chaise. Je puis pas lire, ça me fatigue trop, et encore moins



écrire. C'est le manque d'idées, la mémoire qui me fait défaut ; je puis pas trouver mes idées. J'ai du mal à réfléchir, je n'ai pas de mémoire. Je réponds aux questions qu'on me pose, mais j'aime bien qu'on ne me cause pas.

J'ai voulu m'empoisonner parce que je souffrais trop d'être comme ça ; je sais bien que je suis inguérissable ; les maladies mentales, ça ne guérit pas, vous êtes dix-huit mois bien, puis patatras, ça recommence. Il vaudrait mieux en finir, j'aimerais mieux mourir que rester dans cette impuissance.

Dans ces moments-là, vous n'êtes plus sensible à rien, on viendrait vous dire : vos enfants sont morts, ça ne vous ferait rien du tout ; ça me fait du chagrin, bien sûr, mais enfin ça ne serait plus la même chose. Quand mon mari est mort, c'est M. K... qui me l'a dit, j'ai dit : il vaudrait mieux que ce serait moi, pas plus. Dans cet état on est énérvée, on envoie promener le monde.

Pas de céphalée, un peu de courbature. Constipation. Les accès disparaissent progressivement en quelques jours.

Les malades dont nous venons de rapporter l'observation avaient des accès périodiques d'asthénie ; voici maintenant un cas d'asthénie qu'on pourrait appeler chronique, car elle dure depuis quinze années.

Obs. V. — A..., homme, trente-trois ans. Ce malade présente depuis l'âge de dix-neuf ans un état d'asthénie persistant, survenu à la suite de fréquents maux de tête très douloureux et de surmenage intellectuel. A cette époque il était étudiant à la Sorbonne et progressivement il se vit s'affaiblir ; malgré cela il continua à travailler pendant quelque temps encore, mais dut bientôt interrompre ses études. Très inquiet de voir cet état persister, il eut des idées de suicide, ce qui détermina son internement à Sainte-Anne ; il avait alors vingt et un ans. Il sortit peu de temps après de l'asile, mais dans le même état ; seulement il s'est fait à la situation créée par sa maladie et, comme il a quelque aisance, il vit sans grande inquiétude. J'ai pu l'observer à l'occasion d'un court séjour qu'il fit à Sainte-Anne en novembre 1909 ; atteint d'une hernie inguinale double qui le préoccupe depuis quelque temps, il était venu à l'asile, simplement pour demander des conseils au sujet de l'opérabilité de ses hernies.

Ce malade, qui, étant enfant, était vif et aimait les jeux, est, depuis quinze années dans un état de lassitude permanente. Tous ses mouvements sont très lents et il se fatigue très vite; il s'arrête donc par intervalles au cours de l'exécution de ses actes, par exemple lorsqu'il s'habille. Il parle lentement et aime peu qu'on l'interroge à cause de la fatigue qui s'ensuit. Son sommeil est normal. Voici comment il décrit son état :

Ma maladie, c'est une faiblesse du système nerveux et des douleurs dans la tête. Je suis très long dans tout ce que je fais, je mets deux heures à me déshabiller, c'est de l'apathie, de l'inertie. Je suis tout de suite fatigué. Il me manque l'énergie, la décision. J'ai de la peine à lire, j'ai l'esprit paresseux; quand je lis, mon mal de tête augmente et je suis obligé de m'arrêter. C'est étendu sur mon lit que je suis le mieux.

A vingt et un ans, j'ai eu des idées de me détruire, mais maintenant je n'y songe plus du tout. Maintenant, je ne m'inquiète plus de l'avenir, je vis au jour le jour; je n'ai plus de préoccupations. C'était dans le commencement, quand j'étais étudiant, parce que ça m'ennuyait de voir que je ne pouvais continuer mes études.

Voici maintenant les observations de deux malades atteints d'accès asthéniques et maniaques.

Obs. VI. — H..., homme de cinquante-cinq ans, actuellement à Sainte-Anne où il est interné depuis janvier 1886; ce malade a eu vers l'âge de quatorze ans un accès délirant sur la nature et les caractères duquel il est difficile de se faire une opinion, étant donné l'imprécision des souvenirs du malade; néanmoins il paraît assez certain que des idées de persécution, des hallucinations visuelles et auditives se soient produites au cours de cet accès. Après un court séjour dans une maison de santé, le malade, guéri, reprenait ses études, mais quelques mois plus tard, apparaissait un premier accès maniaque, puis des récives à peu près chaque année. Plus tard, se produisirent des accès à double forme, constitués par trois à quatre mois d'asthénie suivis d'excitation maniaque pendant une durée à peu près égale. Depuis janvier 1909, ce malade a eu seulement deux accès d'asthénie ayant duré chacun environ un mois; le dernier s'est produit en septembre 1910. Nous laisserons de côté la description des états maniaques, inutiles pour notre étude. Pendant ses accès d'asthénie, tous semblables d'ailleurs, le

malade a une tendance à l'immobilité et ne parle pas volontiers. Interrogé, après son retour à l'état normal, il décrit ainsi qu'il suit ses accès asthéniques : Ça me prend par de la constipation, un afflux de sang se produit à la tête et mes hémorroïdes se congestionnent ; j'ai de l'affaissement, un manque d'énergie, je ne serais pas capable d'un effort ; c'est de l'apathie, le manque de volonté. Pendant mes accès de dépression je ne serais pas capable d'un travail nécessitant le moindre effort intellectuel ; il y a apathie, les idées sont flottantes, imprécises, elles ne sont pas nettes. L'émission des idées n'est plus aussi facile ; je trouve difficilement certains mots, tandis que dans mes moments d'excitation je trouve toujours le terme propre pour m'exprimer ; là, l'élocution devient très facile. Au début de mes accès de dépression, je pressens que je vais tomber malade ; ça me donne des idées sombres, je suis affecté de me voir retomber, je croyais que la période de rémission devait durer plus longtemps, je me dis : pour avoir une santé aussi instable, mieux vaudrait la mort ; mais si l'on était tout le temps comme ça, je le dis maintenant de sang-froid, il vaudrait mieux la mort que ça.

J'ai d'abord de la constipation, de l'abattement, du mutisme, et ensuite des idées sombres ; non, les idées sombres viennent après. — Qu'est-ce qui vous donne ces idées sombres ? — De me voir malade, je me dis : est-ce que je vais terminer mes jours au quartier des gâteaux. — Est-ce que vos accès de dépression ne débutent pas par de la tristesse ? — Non, non, ce n'est pas de la tristesse, c'est de l'affaissement, c'est un état confinant à la tristesse, en ce sens qu'une conversation que je croirais que ça a trait à ma vie passée, je suis impressionnable ; on mettra par exemple une pierre là sans intention, je me figurerai qu'on l'a mise pour moi, et alors ça me rendra triste, tandis qu'avant il n'y avait que de l'abattement. Dans ces moments-là, si M. V... passe devant moi sans me parler, je m'imagine qu'il ne veut pas me soigner, ça m'affecte. Et à côté de ça, je deviens indifférent à tout, au point de vue familial.

Le début et la terminaison des accès se produisent graduellement en quelques jours, le passage de l'asthénie à l'excitation dans les accès à double forme se fait aussi graduellement. Pendant ses accès d'asthénie le malade a une impression de serrement aux tempes. La constipation n'est apparue dans ces accès qu'après trente ans. Depuis cette époque, le malade a d'ailleurs une tendance à la constipation.

OBS VII. — G..., femme, soixante-quatre ans, entre à Sainte-Anne le 5 août 1909 en état d'excitation maniaque en voie de décroissance. Cette malade aurait eu un premier accès de manie en mars 1880, à la suite d'une période de grande lassitude, précédée de pertes de connaissance qu'elle attribue au froid très rigoureux dont elle aurait alors beaucoup souffert; mais ses souvenirs sont assez confus et elle ne peut donner de renseignements très précis sur ce premier accès. En tout cas, elle fut internée, et, pendant environ sept ans, elle eut des alternatives de manie et d'asthénie très profonde, sans périodes d'état normal; l'excitation durait environ trois semaines et l'asthénie trois à quatre jours. Ensuite, paraissant guérie, elle fut mise en liberté, mais ne tarda pas à être reprise, comme antérieurement, d'accès alternatifs d'asthénie profonde, et de manie, de plus longue durée qu'auparavant, et qui nécessitèrent l'internement pendant environ quatorze années. Remise encore en liberté après une période d'état normal, puis réinternée, par suite de récédive, la malade eut, depuis lors, des accès plus irréguliers avec périodes fréquentes d'état normal; d'autre part les accès d'asthénie sont devenus moins profonds et leur durée varie de quinze jours à quatre mois. La malade, actuellement à peu près normale, décrit de la manière suivante ses accès d'asthénie profonde; cette description est celle d'une forme de l'état désigné sous le nom de stupeur; elle répond, comme on va le voir, à l'expression la plus profonde de l'asthénie :

« Je me couche de bonne humeur et je me réveille complètement abruti. J'ai le corps inerte, complètement immobile, ma tête a un poids énorme à la déranger de place, elle est lourde comme un boisseau; je ne tiens pas sur mes jambes, il faut qu'on me porte à la chaise percée, je ne ferais pas un mouvement de moi-même. Si on me cause, je comprends, mais je n'y réponds pas; je vois tout ce qui se passe dans la salle et je retiens tout, et quand c'est passé, je leur jette tout au nez, seulement je n'ai plus de pensée. C'est un état d'abrutissement, il n'y a plus de pensée, je n'ai aucune idée. Je ne souffre pas moralement, j'ai un engourdissement général, on dirait que je suis paralysée de la tête. »

Nous avons dit que la malade avait eu, surtout dans ces dernières années, des accès asthéniques moins intenses; elle pouvait même, pendant certains accès, se livrer à une petite occupation. Alors, dit-elle, c'est un abattement complet et de la tristesse de la situation présente; j'ai le dégoût de l'exis-

tence quand je suis comme ça ; je ne suis heureuse que lorsqu'il est l'heure d'aller se coucher ; dans mon lit, je suis bien, je n'en sortirais pas. — Etiez-vous triste ? — Je me disais : c'est désagréable d'avoir une maladie comme ça, mais ça ne me tourmentait plus comme autrefois ; autrefois je tenais à guérir pour vivre dans le monde, maintenant ma carrière est bien finie. »

Pendant ses accès d'asthénie la malade est très constipée. Elle n'a jamais présenté d'idées de suicide.

Dans les observations publiées de psychose périodique, la symptomatologie des accès est donnée en bloc et les liens qui en unissent les éléments ne sont généralement pas indiqués ; il n'est donc pas possible d'utiliser ces observations pour l'étude que nous poursuivons. Cependant, dans ses *Leçons cliniques* (1), M. Séglas a publié, comme exemple de mélancolie sans délire, un cas de mélancolie périodique où l'on peut retrouver tous les caractères signalés dans nos observations.

Obs. VIII. — Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, ayant eu autrefois (à trente et un et à trente-quatre ans) deux accès semblables à l'accès actuel et ayant duré deux à trois mois. Ce dernier est survenu un mois après la fin d'une fièvre typhoïde grave accompagnée de délire ; la malade était revenue à son état normal lorsqu'elle fut prise d'un anéantissement général avec douleurs dans les jambes, dans la tête au niveau du vertex, d'insomnie persistante. Tels sont les premiers symptômes qu'elle a remarqués ; elle est fort précise sur ce point. Très peu après, elle s'aperçut que son esprit devenait paresseux, qu'elle ne pouvait prêter attention à rien, qu'elle avait des faiblesses de mémoire. C'est alors qu'elle fut prise, dit-elle, de l'ennui, de l'inquiétude de se voir dans cet état.

« Je me laissais aller tout à fait, dit la malade ; j'étais tout à fait découragée, anéantie, paresseuse ; et puis, en même temps, j'avais toujours le besoin de changer de place, il me semblait que je serais mieux ailleurs ; j'étais toujours inquiète, serrée à

(1) J. Séglas. *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. Paris, 1895, p. 291.

l'estomac... J'oubliais tout à l'instant, je me rappelais même difficilement les choses passées... Mais surtout je m'absorbais tout le temps dans mon ennui, parce que je voyais que je n'avais pas les idées comme auparavant... je me faisais des chimères d'un rien en me voyant ainsi affaiblie et je serais bien restée couchée toute la journée. J'avais souci de mon ménage, de perdre la raison ; je m'absorbais dans mon état. Je me disais : je suis perdue, je ne suis plus bonne à rien, je ne guérirai pas, il vaudrait mieux disparaître, m'en aller ou me tuer. »

(A suivre.)



Le rapprochement des deux listes de malades nous a permis de constater que seize fois l'homme et la femme avaient été internés pour paralysie générale avec ou sans tabes.

Dans quatre autres observations un seul des conjoints a été interné.

Enfin, dans trois cas concernant des malades d'Armentières, la femme de ceux-ci, non internée, présente quelques signes de paralysie générale.

Voici nos observations :

**A. — Observations I à XVI dans lesquelles l'homme et la femme ont été internés à Armentières et à Bailleul.**

**OBS. I —** *Mari, cinquante-six ans, débauché; paralysie générale à forme expansive; mort par tuberculose pulmonaire. — Femme, cinquante-trois ans, débile; paralysie générale à forme dépressive.*

*V...*, *Jean-Baptiste*, ancien dévideur, cinquante-six ans, admis à l'asile d'Armentières le 13 janvier 1879.

Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux.

Illettré, actuellement sans domicile fixe, il ne travaille plus depuis longtemps et vit d'aumônes; il est considéré comme paresseux et débauché.

Dans ces derniers temps, il s'est livré à toutes sortes d'extravagances; il annonce partout qu'il va empoisonner sa femme et faire mettre tout le monde en prison. Etant allé acheter des chaussures, il répond au cordonnier, qui lui demandait s'il avait de l'argent: « Je suis passé aux protestants, l'argent ne me manquera donc pas pour payer; je vais faire mettre ma femme en prison, je vendrai son mobilier et j'aurai beaucoup d'argent. »

A l'entrée à l'asile, il exprime des idées de satisfaction, de grandeur et de richesse; il se déclare possesseur d'un million et appelé au trône de France. Son état physique est précaire; il présente de l'inégalité pupillaire, de l'embarras de la parole, du tremblement fibrillaire de la langue et une grande difficulté de la marche.



Le D<sup>r</sup> Bouteille pose le diagnostic de paralysie générale.

A l'asile, surviennent de fréquents accès d'agitation ; les idées de grandeur persistent et s'étendent. Le malade succombe, le 9 avril 1879, au marasme paralytique et à la tuberculose pulmonaire.

*Femme V...*, *Jean-Baptiste*, journalière, cinquante-trois ans, admise à l'asile de Bailleul le 19 septembre 1884.

Pas d'antécédents héréditaires.

Simple d'esprit, illettrée, elle serait sobre et d'un caractère habituellement doux et tranquille. Depuis quelque temps elle mendie, néglige sa tenue, fait du scandale sur la voie publique. Elle a été arrêtée le 21 juillet et condamnée à huit jours de prison pour vagabondage.

A l'arrivée à l'asile, le D<sup>r</sup> Volé rédige un certificat de vingt-quatre heures portant : « Manie avec affaiblissement intellectuel, soupçon de paralysie générale. »

A la quinzaine, le diagnostic de paralysie générale est posé.

Depuis lors, la femme V... est dans un continuel état de stupeur, malpropre, pleurnichant parfois. Elle meurt le 14 mai 1886.

On est frappé dans cette observation par l'âge avancé des sujets, il ne semble pas cependant que le diagnostic de paralysie générale doive être rejeté.

Il n'est pas fait mention d'antécédents spécifiques. A noter encore que les malades ont présenté, l'un une forme expansive, l'autre une forme dépressive de la maladie.

OBS. II. — *Mari*, quarante-trois ans, alcoolique, excitation maniaque, avec hallucinations. — *Femme*, trente-huit ans, alcoolique et débauchée ; paralysie générale à forme dépressive.

*D...*, *David*, peigneur de lin, quarante-trois ans, admis à l'asile le 6 août 1885.

Aucun renseignement sur ses antécédents.

A son entrée, il présente de l'excitation intellectuelle, avec hallucinations de la vue et de l'ouïe, et un tremblement presque généralisé. Ces symptômes sont attribués par M. le D<sup>r</sup> Dubiau à l'intoxication alcoolique.

Cependant D... étant mort le 16 mai 1886, le certificat de décès mentionne la paralysie générale comme cause de la mort. Il s'était affaibli progressivement et son excitation n'avait jamais entièrement disparu.

*Femme D...*, David, fileuse de lin, trente-huit ans, admise à l'asile de Bailleul le 15 mars 1884.

Pas d'antécédents héréditaires. Illettrée, elle se livrait un peu à la boisson et à la débauche. Depuis peu, elle devient agressive, frappe son mari et menace de le tuer.

Lors de son admission, elle présente de l'affaiblissement de la mémoire, une émotivité marquée et des troubles somatiques très accusés. Elle est malpropre. Le D<sup>r</sup> Belle conclut à la paralysie générale.

Dans les mois qui suivent, la malade passe alternativement par des périodes de calme, pendant lesquelles elle travaille un peu, et des périodes d'excitation, avec agitation nocturne et réclamations incessantes et ridicules. Elle devient gâteuse, est sujette à des poussées congestives et meurt le 30 avril 1887, après avoir présenté un érysipèle de la face.

Dans cette seconde observation, le diagnostic peut être discuté ; ne s'agit-il pas d'alcooliques chroniques, ayant succombé à la suite de congestions cérébrales répétées ? Quoi qu'il en soit, il convient de noter que la femme, signalée comme débauchée, a été internée un an et demi avant le mari ; sans oser affirmer qu'elle était syphilitique et qu'elle a dû l'être la première, il importait d'attirer l'attention sur ce point.

OBS. III. — *Mari*, trente-huit ans ; traumatisme cranien ; paralysie générale. — *Femme*, trente-huit ans ; misère et chagrins ; paralysie générale à forme expansive.

*R...*, Jean-Marie, maréchal ferrant, trente-huit ans, admis à l'asile d'Armentières le 25 mars 1889.

Pas d'antécédents héréditaires. Non alcoolique. Pas trace de syphilis.

Le 8 mars dernier, il est blessé à la tête par la roue d'une machine à cintrer ; le visage ensanglanté, il rentre chez lui très

troublé : il voit des bêtes féroces, des hommes qui viennent pour le tuer ; son état s'aggrave rapidement ; on doit l'interner.

M. le D<sup>r</sup> Dubiau constate chez lui un affaiblissement considérable des facultés, particulièrement de la mémoire, avec hallucinations et craintes imaginaires, de l'embarras de la parole et de l'inégalité pupillaire. Il conclut à la paralysie générale.

A l'asile, R..., dont l'état physique était précaire, se montre assez calme, mais très délirant, et tient sans cesse des propos incohérents. L'état général s'améliore d'abord ; mais, à partir de l'année 1891, surviennent fréquemment des attaques épileptiformes ; dès lors, l'affaiblissement physique et intellectuel progresse jusqu'à la mort, qui a lieu le 10 mars 1897.

*Femme R..., Jean-Marie*, ménagère, trente-huit ans, admise à l'asile de Bailleul le 10 août 1894.

Pas d'antécédents héréditaires connus. Misère et chagrin à la suite de l'internement de son mari. Non alcoolique.

A bout de ressources, sans domicile, elle est amenée à la maison d'arrêt de Lille, le 21 juillet 1894, où elle tient des propos incohérents et exprime des idées de richesse.

Admise à l'asile, elle présente, d'après le certificat de vingt-quatre heures du D<sup>r</sup> Cortyl, « un état d'agitation très violente, avec mouvements incoercibles et continuels, incohérence des paroles, prédominance d'idées de grandeur absurdes ».

Dans la suite, l'excitation diminue peu à peu, tandis que s'affirme l'affaiblissement intellectuel. En septembre 1895, survient une rémission, qui permet à la malade de s'occuper un peu. Mais, dès le mois de janvier 1896, l'excitation reparaît et, dès lors, la démence continue à évoluer lentement, avec des périodes d'agitation, au cours desquelles on retrouve les idées de grandeur et de richesse. Enfin apparaissent la cachexie et le gâtisme ; la mort survient le 7 novembre 1898 dans le marasme paralytique.

Dans cette observation se pose la question de la paralysie générale d'origine traumatique ; ne voyons-nous pas, en effet, mentionné dans les antécédents personnels du mari, qu'il n'était ni alcoolique ni syphilitique ?

Mais, outre que le court espace de temps (dix-sept jours) entre l'accident et l'internement nous pousserait

à admettre le rôle purement occasionnel du trauma cranien, l'apparition de la paralysie générale chez la femme quelques années plus tard ne vient-elle pas affirmer que la cause déterminante de l'affection ayant emporté les deux époux n'est ni le traumatisme, chez le premier, ni la misère et le chagrin chez l'autre, mais bien probablement une cause commune : l'infection syphilitique?

Obs. IV. — *Mari, trente-huit ans; mère aliénée; paralysie générale à forme démentielle. — Femme, cinquante ans, paralysie générale à forme expansive.*

*D...*, *Emile*, ouvrier de fabrique, trente-huit ans, admis à l'asile d'Armentières le 6 août 1895.

Sa mère a été internée à l'asile de Bailleul, où elle est morte.

Il ne serait pas alcoolique.

Depuis deux mois, *D...* se livre à des excentricités, crie et chante continuellement, se sauve de chez lui à demi nu, mélange des ordures à ses aliments.

A son arrivée à l'asile, il présente un profond affaiblissement des facultés, du gâtisme et des signes physiques de graves lésions des centres nerveux : embarras très marqué de la parole, tremblement de la langue et des extrémités, inégalité pupillaire avec mydriase, impotence presque absolue.

M. le D<sup>r</sup> Kéraval conclut à la paralysie générale.

*D...* meurt dans le marasme le 15 octobre 1895.

*Femme D...*, *Emile*, ménagère, cinquante ans, admise à l'asile de Bailleul le 9 mai 1899.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels connus.

Admise à l'asile, elle tient des propos absurdes et incohérents, chante, rit sans motif. Elle présente de l'affaiblissement intellectuel, des idées vagues de persécution, de satisfaction et de richesse, et les signes physiques suivants : mydriase, signe d'Argyll-Robertson, mouvement de trombone de la langue, légers troubles de la marche et de la parole.

Pendant son séjour à l'asile, la malade, bien que légèrement excitée et délirante, s'occupe d'abord régulièrement à la buanderie. En janvier 1901, elle refuse de travailler. A cette époque,

l'affaiblissement intellectuel progressif avec hébétude, et les signes physiques, devenus plus nets, font porter le diagnostic de paralysie générale.

Le 30 mai 1902, elle meurt de cachexie paralytique.

Dans l'observation IV, le diagnostic s'impose; les époux sont morts de paralysie générale, simple chez le premier, expansive chez le second. Aucun antécédent ne peut être invoqué pour expliquer l'affection.

A remarquer seulement l'âge avancé de la femme. Faut-il noter aussi que le mari, frappé quatre ans avant sa femme, était entaché d'hérédité vésanique?

OBS. V. — *Mari, quarante-huit ans; oncle maternel aliéné; alcoolique; paralysie générale à forme dépressive. — Femme, cinquante ans, alcoolique; paralysie générale à forme dépressive.*

*D...*, Michel, garçon brasseur, quarante-huit ans, admis à l'asile d'Armentières le 21 août 1895.

Un oncle maternel a été interné à l'asile à trois reprises et y est mort de « marasme paralytique » (?) le 13 mars 1900, à l'âge de soixante-sept ans.

*D...* s'enivrait de temps en temps.

Depuis un mois, il est taciturne, refuse de travailler, parle de se suicider. Il parcourt toute sa maison presque nu, cherche à s'emparer de tout ce qu'il voit, fait à crédit des achats considérés; parle même d'acheter une brasserie pour devenir patron. Parfois, il rit sans motif.

A son entrée, il est demi-stupide et ne présente ni tremblement, ni troubles de la parole, ni gâtisme. Aussi, M. le Dr Kéramel pense-t-il d'abord à la mélancolie. Mais, dès le mois d'octobre, *D...* se montre très confus, désorienté. En janvier 1896, il est dans un état marqué de confusion intellectuelle et d'hébétude, se dit possesseur de plusieurs millions et présente de l'embarras de la parole et du tremblement de la langue qui font craindre une démence paralytique.

Depuis lors, l'affaiblissement intellectuel progresse lentement; *D...* se cachectise, devient gâteux, et meurt, le 22 mars 1897; « de paralysie générale ».

*Femme D...*, *Michel*, ménagère, cinquante ans, admise à l'asile de Bailleul le 16 décembre 1896.

Pas d'antécédents héréditaires. Alcoolique.

Depuis un mois, elle donne des signes d'aliénation mentale : le soir, elle demeure plusieurs heures dans les escaliers, sans lumière. Assise auprès de son poêle, qu'elle n'allume plus, elle fait le simulacre de se chauffer. La nuit, elle crie et se promène dans sa chambre. Elle prétend qu'elle n'a plus que dix minutes à vivre et qu'elle est une grande coupable.

Admise à l'asile, elle est examinée par le D<sup>r</sup> Cortyl, qui conclut à la paralysie générale à forme mélancolique.

La mort survient le 1<sup>er</sup> mai 1897.

Dans cette observation, l'alcoolisme est mentionné chez l'homme et chez la femme, qui font, à un an d'intervalle, une paralysie générale à forme mélancolique. L'âge avancé des deux époux mérite d'être signalé.

OBS. VI. — *Mari*, trente-huit ans; *paralysie générale à forme dépressive*. — *Femme*, quarante-trois ans; *frère aliéné; ancienne prostituée; paralysie générale*.

*G...*, *Nestor*, journalier, trente-huit ans, admis à l'asile d'Armentières le 10 février 1896.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels signalés.

Depuis quelque temps, *G...* se livre à diverses excentricités, commande de la bière dans plusieurs brasseries, court presque nu dans la rue. Il a essayé de se suicider, en se couchant sur la voie ferrée, sous prétexte d'aller rejoindre sa femme dans l'autre monde.

Admis à l'asile, il se montre désorienté, répond par des propos absurdes et incohérents aux questions qui lui sont posées. Ses facultés sont très affaiblies. Indifférent, il dit qu'il a essayé de se suicider « parce qu'il s'est vendu pour 50.000 francs ». Idées absurdes de richesse. Tremblement des doigts et de la langue, légère inégalité pupillaire. Etat physique très précaire. Gâtisme.

Pendant son séjour à l'asile, *G...* est d'abord très excité et délirant. En août 1896, une légère rémission se produit; il délire beaucoup moins et se rend même compte qu'il a été malade. Mais en avril 1897, il s'excite de nouveau et, dès le

mois de juin, sa faiblesse est telle qu'on doit l'aliter; il succombe le 16 décembre 1897, dans le marasme paralytique.

*Femme G...*, *Nestor*, ménagère, quarante-trois ans, admise à l'asile de Bailleul le 13 septembre 1895.

Un frère aliéné.

Illettrée; s'est livrée à la prostitution dans sa jeunesse.

Depuis un an, la femme G..., qui est tombée dans la misère, donne des signes de folie; elle a eu plusieurs attaques convulsives.

A son arrivée à l'asile, elle présente un affaiblissement profond des facultés, avec idées absurdes de richesse et de satisfaction. Déchéance physique prononcée. Pupilles égales, mais ne réagissant que faiblement à la lumière; embarras de la parole; incoordination motrice.

On trouve, en outre, des cicatrices dans la région cervicale, et des ganglions occipitaux et épitrochléens palpables. Le diagnostic de paralysie générale est posé par M. le D<sup>r</sup> Charon.

La mort survient le 9 mai 1896.

L'observation VI est intéressante, car nous y voyons une ancienne prostituée, portant des traces d'infection spécifique, atteinte de paralysie générale six mois avant son mari.

OBS. VII. — *Mari, cinquante ans; paralysie générale à forme démentielle.* — *Femme, quarante-six ans; paralysie générale à forme démentielle.*

*D...*, *Othon*, raboteur, cinquante ans, admis à l'asile d'Armentières le 1<sup>er</sup> juillet 1896.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels signalés.

Il y a six mois, à la suite de l'internement de sa femme à Bailleul, il a commencé à donner des signes de folie, qui se sont accentués depuis quelques jours. Il brise tous les objets qui lui tombent sous la main, insulte des êtres imaginaires, prend sa fille pour sa femme, la brutalise et la met à la porte parce qu'elle veut l'empêcher de sortir de chez lui pendant la nuit.

A l'entrée à l'asile, l'état psychique est caractérisé par une déchéance intellectuelle presque complète: obnubilation de toutes les facultés, incohérence, inconscience absolue.

L'état physique est précaire. Tremblement des muscles de la face, de la langue et des extrémités, parole hésitante et bredouillée, impotence fonctionnelle très marquée.

M. le D<sup>r</sup> Kéroual conclut à la paralysie générale.

Mort le 13 juillet 1896.

*Femme D...*, Othon, ménagère, quarante-six ans, admise à l'asile de Bailleul le 9 janvier 1896.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels connus.

La maladie a paru débiter il y a deux mois : tantôt la femme D... conserve un silence complet, tantôt elle s'irrite sans motif et cherche à frapper ceux qui l'entourent.

A son arrivée à l'asile, elle présente de l'affaiblissement des facultés, de la mémoire en particulier; elle paraît satisfaite, mais ne manifeste pas d'idées délirantes; de temps en temps, elle sourit naïvement. Il existe du tremblement des lèvres, de la langue et des extrémités; les pupilles sont contractées et réagissent inégalement à la lumière. La malade est gâteuse.

Le diagnostic de paralysie générale est porté par le D<sup>r</sup> Cortyl.

Décès le 25 mai 1902.

A remarquer, ici encore, l'âge avancé des malades; ce que nous connaissons de leur histoire ne permet de tirer aucune conclusion.

OBS. VIII. — *Mari, quarante et un ans, syphilis; paralysie générale à forme dépressive. — Femme, quarante-trois ans, tabétique; paralysie générale à forme dépressive.*

*B...*, Charles, tailleur d'habits, quarante et un ans, admis à l'asile d'Armentières le 22 septembre 1896.

Pas d'antécédents héréditaires.

Syphilis contractée au régiment.

La maladie actuelle aurait débuté, trois ans avant l'admission, par des troubles gastriques. C'est seulement, depuis quinze jours que les signes d'aliénation sont apparus nettement; B... tient des propos incohérents, demande qu'on le fasse mourir. Soigné d'abord à l'hôpital, il se lève la nuit et se promène complètement nu dans les salles.

A l'asile, le malade, très déprimé, refuse de répondre aux questions qu'on lui pose et prononce quelques phrases incohé-



rentes. Son état physique est très mauvais; il présente de l'embaras de la parole, un tremblement fibrillaire des muscles de la face et de la langue, de l'inégalité pupillaire avec myosis; il est gâteux.

Le certificat de vingt-quatre heures, de M. le D<sup>r</sup> Kéroual, conclut à la paralysie générale.

La mort survient cinq jours après l'admission.

*Femme B...*, Charles, couturière, quarante-trois ans, admise à l'asile de Bailleul le 18 décembre 1899.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

D'après les renseignements fournis par le médecin traitant, elle présente depuis quelques années déjà des signes de tabes. Lors de l'internement de son mari apparut chez elle un état de dépression mélancolique qui s'aggrava à la mort de celui-ci.

Le 1<sup>er</sup> décembre, elle raconte aux siens qu'elle a rencontré un monsieur de mise élégante qui lui aurait dit la trouver jolie et la vouloir épouser; depuis lors, elle annonce partout son mariage, déclare posséder un château, s'esquive pour faire des éplètes, acheter un trousseau.

À son arrivée à l'asile, elle tient, au sujet de ses prétendues richesses et qualités, des propos absurdes et incohérents et ne peut dire ni son âge ni même son nom. L'examen physique montre un fort tremblement des extrémités, une diminution notable de l'acuité visuelle et l'abolition du réflexe lumineux.

La femme B... meurt le 31 décembre 1899 dans le marasme paralytique.

Pour la première fois, la syphilis est mentionnée de façon précise dans les antécédents du mari. Ce dernier, marié en 1881, c'est-à-dire quelques années après avoir contracté la syphilis, n'a pas d'enfants.

Environ quinze ans après l'infection, il présente des troubles gastriques graves, puis les symptômes de la paralysie générale, cependant que les signes du tabes apparaissent chez sa femme. Cette dernière, quelques années plus tard, présente à son tour les symptômes d'une paralysie générale, affectant comme chez le mari une forme mélancolique avec idées de suicide.

OBS. IX. — *Mari, quarante-sept ans; frère jumeau paralytique, avec délire des négations; atteint, lui aussi, de paralysie générale de même forme. — Femme, quarante-deux ans, paralysie générale à forme dépressive, avec idées de suicide.*

*Qu...*, Jules, filtier, quarante-sept ans, admis à l'asile d'Armentières le 3 novembre 1896.

Son frère jumeau, *Qu...*, Alphonse, avait été admis à l'asile en 1888, à l'âge de trente-neuf ans; on constata chez lui tous les signes de la paralysie générale progressive à forme lypémanique, avec délire des négations; l'évolution de la maladie fut rapide, et il succomba dans le marasme le 20 janvier 1889.

*Qu...*, Jules, aurait été atteint, il y a cinq mois, d'une « congestion cérébrale » suivie de trouble mentaux, qui se sont aggravés depuis six semaines: il ne veut plus manger, dit qu'il est mort, tient des propos incohérents et frappe ceux qui cherchent à l'alimenter.

A l'arrivée à l'asile, très déprimé, il refuse de répondre aux questions qu'on lui pose, pleure sans cesse, répète qu'il est mort, qu'il n'a plus besoin de manger.

Pas de signes physiques précis.

Dans le certificat de vingt-quatre heures, M. le D<sup>r</sup> Kéraval déclare *Qu...* atteint de mélancolie avec délire des négations et soupçon de paralysie générale. Dans le certificat de quinzaine, il conclut à la démence paralytique.

Pendant le séjour à l'asile, les préoccupations hypocondriaques persistent encore un certain temps; mais bientôt elles cèdent le pas à l'affaiblissement intellectuel avec indifférence, tandis que se précisent les signes physiques de la paralysie générale.

Dès décembre 1898, *Qu...*, gâteux, très affaibli, ne quitte plus le lit et s'excite de temps en temps; il meurt le 29 mai 1899.

*Femme Qu...*, Jules, ménagère, quarante-deux ans, admise à l'asile de Bailleul le 22 janvier 1888.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Depuis trois mois ses propos sont incohérents et absurdes, elle refuse de donner à manger à ses enfants et les frappe, ne se nettoie plus, se sauve de la maison et court sur la voie publique, disant qu'elle va se suicider. Elle est gâteuse.

Le D<sup>r</sup> Cortyl, dans le certificat de vingt-quatre heures, pose le diagnostic de paralysie générale.

Décès le 17 janvier 1899, dans le marasme paralytique.

Très curieuse observation, ayant fait déjà l'objet d'un article dans les *Archives de neurologie* (1902, n<sup>os</sup> 77-78), dans laquelle on voit deux jumeaux, sans antécédents héréditaires ni personnels connus, non alcooliques, non syphilitiques, mariés et vivant par conséquent séparément, qui ont fait, à huit années d'intervalle, l'un à trente-neuf ans, l'autre à quarante-sept ans, de la paralysie générale progressive à forme mélancolique avec délire des négations. Chez le premier, la mort survint au bout de huit mois; chez le second, après trois ans.

Ce qui nous paraît le plus intéressant dans cette observation, c'est d'abord l'apparition chez les deux frères de la même affection, la paralysie générale, survenant sans cause apparente; c'est surtout la constitution chez chacun d'eux d'un type clinique rigoureusement identique: mêmes idées délirantes de négation exprimées de la même façon, par les mêmes phrases; mêmes réactions, même évolution.

Il ne saurait être question de folie induite dans ce cas, par la simple raison qu'il s'agit de paralysie générale, que les jumeaux ne vivaient pas ensemble et qu'enfin un intervalle de temps considérable, huit années, s'écoule entre l'affection de l'un et de l'autre.

Faut-il admettre une simple coïncidence? La similitude des deux cas nous paraît trop grande pour qu'il n'y ait aucun rapport entre eux. Il s'agit bien, pour nous, d'un cas de folie gémellaire, apportant une contribution très originale à l'étiologie de la paralysie générale.

L'intérêt se double de ce fait qu'il s'agit, en outre,

d'un cas de paralysie générale conjugale, dans lequel la femme présente également une forme dépressive.

OBS. X. — *Mari, quarante-trois ans; paralysie générale. — Femme, quarante-trois ans; père aliéné; syphilis probable; paralysie générale à forme expansive.*

W..., Louis, sujet belge, domestique, quarante-trois ans, admis à l'asile d'Armentières le 12 septembre 1898.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels signalés.

Depuis quelque temps, il parle constamment de se pendre ou de faire un mauvais coup; à la suite d'une fugue, qui dura trois jours, on doit l'interner.

À l'arrivée à l'asile, l'examen psychique met en évidence l'affaiblissement intellectuel, avec désorientation, sensiblerie, idées de grandeur et de richesse absurdes; il se dit président de la République et possesseur de plusieurs millions. Des troubles sensoriels sont également signalés; il voit « des petits bonshommes, des feuilles qui volent »; la nuit, il se croit entouré d'animaux qui lui causent une vive terreur.

À l'examen physique, inégalité pupillaire, tremblement des lèvres et des extrémités.

M. le Dr Kéval rédige un certificat de vingt-quatre heures concluant à un délire alcoolique subaigu; le diagnostic de paralysie générale est posé à la quinzaine et confirmé par l'évolution.

Le 22 janvier 1899 W... est transféré à l'asile de Tournai.

*Femme W..., Louis, ménagère, quarante-six ans, admise à l'asile de Bailleul, le 18 novembre 1904.*

Père aliéné.

Dix ans avant son admission à l'asile elle avait présenté une série de symptômes relevant sans doute de la syphilis: alopecie, avec « croûtes sur la tête », angine, « mal sur tout le corps ».

Depuis trois ans environ sont apparus des signes de lésions cérébro-spinales: amaurose, crises gastriques, ictus.

Depuis dix-huit mois, elle s'irrite facilement et devient parfois violente.

Admise à l'asile, elle présente de l'affaiblissement intellectuel, avec excitation. Elle manifeste des idées délirantes

instables et absurdes de grandeur et de richesse, accompagnées peut-être d'hallucinations de l'ouïe et de la vue; elle est reine et possède des trésors, ses bras sont en or, le bon Dieu n'a jamais vu de plus belle femme qu'elle, etc... Elle prétend voir son mari, qui est au ciel, et entendre sa voix.

L'état physique est précaire; tremblement des lèvres et de la langue, myosis, déformation pupillaire, embarras de la parole, gâtisme.

Le diagnostic de paralysie générale est posé par M. le D<sup>r</sup> Chocreaux.

Pendant le séjour à l'asile, l'état de la femme W... ne se modifie guère. Elle est remise à sa famille, qui la réclame, le 6 février 1905.

Dans cette observation, il s'agit bien de paralysie générale conjugale, probablement associée au tabes chez la femme. Il semble bien que la syphilis soit en cause, d'après ce que nous savons des accidents présentés antérieurement par la femme.

Obs. XI. — *Mari, cinquante-cinq ans, alcoolique; paralysie générale. — Femme, quarante-neuf ans, alcoolique; paralysie générale.*

C..., Edouard, domestique, cinquante-cinq ans, admis à l'asile d'Armentières le 7 octobre 1901.

Pas d'antécédents héréditaires signalés.

Excès alcooliques.

Trois mois avant son admission à l'asile, il a été congédié de la maison où il servait; depuis, il tient des discours incohérents, menace de se tuer, veut frapper ceux qui l'approchent, fait des fugues.

A l'arrivée à l'asile, il se montre désorienté, affaibli et confus, et présente quelques idées niaises de satisfaction.

A l'examen physique, stigmates dégénératifs: asymétrie cranio-faciale, voûte palatine ogivale, oreilles mal ourlées. Tremblement fibrillaire de la langue et mouvement de trombone, léger tremblement des doigts, inégalité pupillaire, abolition des réflexes rotuliens. Athérome artériel très prononcé.

M. le D<sup>r</sup> Kéval conclut à l'alcoolisme chronique.

Pendant le séjour à l'asile, les signes observés à l'entrée

persistent et s'accroissent. On porte le diagnostic de démence paralytique, confirmé lors du décès, qui a lieu le 3 mai 1903.

*Femme C...*, *Edouard*, ménagère, quarante-neuf ans, admise à l'asile de Bailleul le 8 octobre 1899.

Pas d'antécédents héréditaires.

Trois enfants mort-nés sur sept.

Au dire du mari, l'affection dure depuis un an. Elle a débuté par de fréquents excès de boisson. Actuellement la femme C... pousse des cris jour et nuit, se montre violente et malpropre.

Admise à l'asile, elle présente, outre l'affaiblissement intellectuel évident, des idées puériles de satisfaction et de richesse; la parole est lente, monotone, comme empâtée, avec des accroc; le réflexe lumineux est conservé.

Le Dr Cortyl s'arrête au diagnostic de pseudo-paralysie générale de cause alcoolique.

Dans la suite, la déchéance physique et intellectuelle progresse; la malade devient gâteuse en avril 1900. A cette époque, le diagnostic de paralysie générale progressive est noté sur le Registre de la Loi.

La femme C... meurt le 15 mai 1900. La cause présumée du décès portée au certificat est: cachexie alcoolique.

Il convient, au sujet de cette observation, de faire quelques réserves; chez l'un et chez l'autre des époux, si le diagnostic de paralysie générale a été posé, on a surtout songé à l'alcoolisme.

OBS. XII. — *Mari, soixante-huit ans; syndrome paralytique et sénilité.* — *Femme, cinquante ans; paralysie générale.*

*L...*, *Adolphe*, pensionnaire d'hospice, soixante-huit ans, admis à l'asile d'Armentières le 28 juillet 1902.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels signalés.

Depuis quelque temps, il se lève la nuit, chante et se promène dans les couloirs de l'hospice; il demande à être conduit à l'abattoir pour s'y faire tuer.

A l'arrivée à l'asile, l'état mental est caractérisé par un affaiblissement profond des facultés intellectuelles, avec excitation légère. La mémoire est très diminuée, la désorientation absolue. Vagues idées de persécution. Indifférence.

Il existe un embarras considérable de la parole, du tremblement de la langue, du gâtisme. Les réflexes rotuliens sont abolis; les pupilles, en mydriase, ne réagissent plus à la lumière.

En outre L... est porteur de stigmates dégénératifs.

Le certificat de vingt-quatre heures conclut à la « démence paralytique, avec sénilité, déchéance naturelle accusée ».

Mort le 2 octobre 1902.

*Femme L...*, Adolphe, cinquante ans, admise à l'asile de Bailleul le 24 mai 1895.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels connus.

Depuis deux ans, dit son mari, elle néglige son ménage, elle est paralysée et n'a plus conscience de ses actes. Elle se promène dans l'escalier, nue ou la chemise ouverte, brûle ses vêtements, brise tous les objets qui lui tombent sous la main.

Admise à l'asile, elle présente un affaiblissement profond des facultés intellectuelles, avec idées de satisfaction et des signes physiques (tremblement fibrillaire de la langue, tremblement des doigts, embarras de la parole, paraplégie, gâtisme, escarre fessière) que le D<sup>r</sup> Cortyl attribue à la démence paralytique.

La malade meurt le 20 juin 1895.

Cette observation est fort curieuse, étant donné l'âge avancé des malades; le mari avait soixante-huit ans lorsqu'on constata chez lui un syndrome paralytique caractérisé. La femme était moins âgée, et elle n'avait que quarante-huit ans lorsque, chez elle, les premiers troubles mentaux apparurent. La femme ayant été atteinte neuf ans avant son mari, n'y a-t-il pas lieu de se demander si ce dernier n'aurait pas été contaminé par elle et si l'on ne doit pas mettre sur le compte du terrain très dégénératif qu'il présentait l'éclosion si tardive de la paralysie générale? On sait, en effet, que cette affection a une évolution particulièrement lente chez certains dégénérés.

OBS. XIII. — *Mari, quarante ans; alcoolique; paralysie générale.* — *Femme, quarante-neuf ans, paralysie générale.*

*V...*, *Jules*, rempailleur de chaises, quarante ans, admis à l'asile d'Armentières le 11 novembre 1903.

Pas d'antécédents héréditaires connus.

Alcoolique.

Le début apparent de l'affection remonte au mois d'octobre; à l'hospice de D..., où il était soigné pour des douleurs rhumatoïdes, il poussait des cris incessants, déchirait sa literie, se promenait nu dans les salles.

Admis à l'asile, *V...* est tranquille; il ne sait pourquoi on l'a amené, « peut-être pour un maréchal-des-logis ». Ses facultés sont profondément affaiblies; il ne comprend pas les questions et exprime quelques idées vagues et absurdes de persécution.

Le fonds dégénératif est attesté pour des stigmates nombreux.

Les pupilles sont inégales ( $D > G$ ), le réflexe lumineux très faible. On note de l'achoppement syllabique marqué, du tremblement en masse de la langue, des trémulations des muscles de la face, un tremblement généralisé.

Le malade est gâteux et se tient difficilement sur ses jambes.

Le diagnostic de démence paralytique est posé.

Pendant le séjour à l'asile, on observe l'évolution progressive de l'affection, aboutissant à la mort le 3 octobre 1904. Le diagnostic est confirmé à l'autopsie.

*Femme V...*, *Jules*, quarante-neuf ans, admise à l'asile de Bailleul, le 14 novembre 1903.

Pas d'antécédents héréditaires signalés.

Entrée à l'hôpital de D... le 21 octobre, complètement exténuée et paraissant atteinte d'une affection fébrile, elle délirait déjà un peu; depuis, son état mental s'est aggravé: elle se lève la nuit, parcourt les salles en marmottant constamment, va réveiller les autres malades, qu'elle prend pour ses enfants.

À l'admission à l'asile, le D<sup>r</sup> Cortyl rédige le certificat suivant: « Affaiblissement des facultés intellectuelles, avec un léger embarras de la parole, tremblement de la langue, frémis-



sement de l'orbiculaire des lèvres. Idées de satisfaction. Pupilles égales, mais ne réagissant plus à la lumière; myosis. » A la quinzaine, il conclut à la « démence organique avec troubles similaires à ceux de la folie paralytique.

Aucune modification ne s'était produite dans l'état de la femme V... quand sa famille la reprit, le 27 décembre 1903.

Malgré le diagnostic porté chez la femme, nous pensons bien qu'il s'agit de paralysie générale conjugale; mari et femme sont entrés presque en même temps à l'asile. On ne peut rien conclure de précis au point de vue étiologique.

OBS. XIV. — *Mari, quarante ans, alcoolique; paralysie générale. — Femme, trente-cinq ans; polymortalité infantile; paralysie générale.*

B..., *Florimond*, journalier, quarante ans, admis à l'asile d'Armentières le 26 mars 1904.

Pas d'antécédents héréditaires signalés.

Habitudes alcooliques.

Depuis plusieurs mois, B... commet des actes extravagants; il est devenu malpropre.

A son arrivée à l'asile, on constate un affaiblissement marqué des facultés, avec désorientation, et des signes physiques caractéristiques: inégalité pupillaire ( $G > D$ ), réflexe lumineux aboli à gauche, fortement diminué à droite; léger ptosis à gauche, tremblement fibrillaire de la langue, trémulation des muscles de la face, tremblement des doigts. Achoppement syllabique net. Abolition des réflexes rotuliens.

B... est gâteux. Il est porteur de stigmates dégénératifs.

Les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine concluent à la paralysie générale à forme dementielle.

Le malade meurt le 8 mars 1905.

*Femme B...*, *Florimond*, journalière, trente-cinq ans, admise à l'asile de Bailleul le 10 février 1900.

Pas d'antécédents héréditaires connus.

A eu 11 enfants; il lui en reste 3.

Trois semaines environ avant son entrée, la femme B... soignée à l'hôpital pour bronchite, se mit à crier la nuit, à jeter par terre sa literie; elle essayait d'étrangler ses voisines.

A l'arrivée à l'asile, on trouve chez elle un affaiblissement notable des facultés, avec quelques conceptions mélancoliques et des signes physiques de lésions cérébrales : embarras de la parole, inégalité pupillaire et myosis, tremblement des membres supérieurs, escarre sacrée.

Le Dr Cortyl pose le diagnostic de folie paralytique.

A l'asile, la femme C... est calme et s'occupe un peu ; une légère rémission est même constatée, de mai à juillet 1900. A ce moment survient une attaque de congestion, suivie d'obnubilation persistante et progressive.

La malade succombe à une pneumonie le 6 mars 1909.

Rien de particulier à signaler dans cette observation de paralysie générale conjugale ; la syphilis n'est pas mentionnée, mais on signale une polymortalité infantile considérable.

OBS. XV. — *Mari, trente-six ans ; paralysie générale à forme expansive. — Femme, quarante ans ; père aliéné ; polymortalité infantile ; paralysie générale à forme expansive.*

*F..., Léon, rattacheur, trente-six ans, admis à l'asile d'Armentières le 1<sup>er</sup> août 1904.*

Pas d'antécédents héréditaires. Est actuellement dans la misère.

Il déraisonne depuis le 1<sup>er</sup> juillet.

Admis à l'asile, il présente un affaiblissement profond des facultés. Il ne sait où il est, se croit ici depuis cent-cinq ans.

Idées absurdes de grandeur et de richesse ; il est général, possède un château et 100 millions ; il est l'égal de Dieu. Certains propos bizarres pourraient faire penser à des hallucinations : il a dix-sept mouches autour de la tête, voit et entend le Bon Dieu partout.

A l'examen physique on trouve : les pupilles égales, le réflexe lumineux diminué, les muscles de la face relâchés, les réflexes rotuliens abolis. Il existe un léger tremblement des lèvres et des doigts.

Le diagnostic de paralysie générale, noté comme probable dans le certificat de vingt-quatre heures, est confirmé par l'évolution, qui aboutit à la mort le 27 avril 1905.

*Femme F...*, Léon, soigneuse, quarante ans, admise à l'asile de Bailleul le 19 avril 1906.

Père aliéné. Une sœur morte paralysée.

La malade aurait eu sept enfants dont quatre sont morts de méningite (?). Comme maladies antérieures, on note un ictus avec hémiplegie, survenue à une époque indéterminée.

A l'arrivée à l'asile, la femme F... se montre d'une loquacité exagérée, avec légère incohérence. Elle parle de son prochain mariage avec un grand personnage, de ses riches toilettes, de la belle maison qu'elle va acheter.

A ces idées puérides de grandeur et de richesse s'ajoutent des idées vagues de persécution. Affaiblissement intellectuel évident. Illusions de fausse reconnaissance.

La malade traîne la jambe gauche. Elle présente de l'embaras de la parole et de l'inégalité pupillaire ( $G > D$ ) avec abolition du réflexe lumineux. Les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés.

A la face, on trouve les muscles du côté gauche relâchés, la bouche déviée du même côté.

Le diagnostic de paralysie générale est posé par M. le Dr Choix.

A l'asile, la démence progresse rapidement, s'accompagne bientôt de gâtisme, puis d'escarres, et la mort survient dans la cachexie, le 14 avril 1907.

Il s'agit d'un cas de paralysie générale conjugale, sans étiologie bien nette; la polymortalité infantile signalée paraît être en faveur de la syphilis.

OBS. XVI. — *Mari, quarante-six ans, alcoolique; paralysie générale; mort par tuberculose pulmonaire. — Femme, quarante-six ans, alcoolique; paralysie générale et tabes probable.*

*L...*, Calixte, monteur aux ateliers du chemin de fer, quarante-six ans, admis à l'asile d'Armentières, le 10 décembre 1908.

Pas d'antécédents héréditaires signalés.

Surmenage. Excès alcooliques.

Ses facultés mentales paraissent décliner depuis un an environ; cependant il n'a dû cesser le travail qu'il y a quatre mois. Il sort de chez lui vers onze heures du soir et reste dehors

toute la nuit, vient sous les fenêtres de son père et l'appelle à grands cris. Il casse des carreaux, parcourt les rues en chantant, dit qu'il veut devenir riche.

A son arrivée à l'asile, L... paraît notablement affaibli. Désorienté, satisfait, il ne présente pas d'idées délirantes caractérisées.

Il est porteur de stigmates dégénératifs; ses pupilles sont inégales ( $G > D$ ); le réflexe lumineux est aboli, l'accommodation conservée. Gerontoxon. Tremblement de la langue, des muscles de la face et des doigts. Embarras de la parole. Réflexes rotuliens légèrement marqués. Escarre sacrée.

L'état général est mauvais; à l'auscultation, signes de bronchite suspecte.

Le malade meurt le 22 janvier 1909 de tuberculose pulmonaire.

*Femme L..., Calixte*, débitante de boissons, quarante-six ans, admise à l'asile de Bailleul le 27 septembre 1907.

Pas d'antécédents héréditaires connus.

Alcoolisme probable. Mariée en 1888, elle a eu un enfant, mort presque aussitôt après sa naissance. Depuis cinq ou six mois, la femme L... fait de fréquents excès de boisson; elle devient méchante et il se passe entre elle et son mari, déjà troublé, des scènes de violence.

Admise à l'asile, elle présente de l'affaiblissement intellectuel, avec désorientation, de l'euphorie sans idées délirantes précises, et des signes physiques de lésions des centres nerveux: ataxie, faiblesse musculaire, myosis bilatéral, embarras de la parole.

Pendant son séjour à l'asile, elle a (septembre 1907) une attaque congestive, s'affaiblit progressivement et meurt le 6 mars 1908, dans le marasme paralytique.

Paralysie générale conjugale, survenue au même âge et à peu près en même temps chez les deux époux. L'alcoolisme paraît certain chez l'un et chez l'autre; la syphilis n'est pas mentionnée, mais on doit remarquer que les malades ont eu un enfant, mort presque aussitôt après sa naissance.

(A suivre.)

# Établissements d'aliénés.

## L'ASSISTANCE DES ÉPILEPTIQUES ET DES IDIOTS

EN LOIR-ET-CHER

L'HOSPICE DESSAIGNES ANNEXE DE L'ASILE D'ALIÉNÉS

Par le Dr J. RAMADIER,

Médecin-directeur de l'asile.

**SOMMAIRE.** — Considérations préliminaires. — Quelques mots sur Philibert Dessaignes. Genèse de la fondation. — Montant des legs. — Inauguration des nouveaux bâtiments. — Description de l'hospice. — Communauté d'administration et de gestion avec l'asile, ses avantages. — Population. — Classement par services. — L'épilepsie est-elle contagieuse? — Application de la loi du 14 juillet 1905 aux hospitalisés, inconvénients, avantages. — Traitement.

*Considérations préliminaires.* — Depuis nombre d'années, la question de l'assistance aux épileptiques et aux idiots a été l'objet de nombreuses études de la part des médecins et des philanthropes. Les législateurs s'en sont émus à leur tour, et, voulant faire passer les solutions proposées du domaine de la théorie dans celui de la pratique, ils les ont incorporées dans les projets relatifs à la réforme de la loi de 1838; mais, jusqu'à ce jour, ces projets ont succédé les uns aux autres sans aboutir.

La tâche que les pouvoirs publics n'ont pu encore mener à bonne fin, y a-t-il lieu d'en attendre la réali-

sation de l'initiative privée? M. Th. Roussel concevait peu d'espoir à ce sujet.

« La charité, disait-il (1), qui aujourd'hui multiplie ses œuvres en faveur des enfants abandonnés, repousse, en règle générale, les enfants les plus disgraciés de la nature, particulièrement les idiots et les épileptiques. C'est une des tristes constatations faites dans l'enquête sur les orphelinats exécutée en 1882, sur la demande d'une Commission du Sénat. »

Si pareille enquête était ouverte aujourd'hui, elle aboutirait à des conclusions moins pessimistes, tout au moins pour le Loir-et-Cher. Dans ce département, l'assistance des épileptiques et des idiots se trouve à présent assurée dans des conditions satisfaisantes, grâce à la fondation de Philibert Dessaignes.

*Quelques mots sur Ph. Dessaignes. Genèse de la fondation.* — Ce généreux philanthrope est né en 1805 à Vendôme où son père occupait les fonctions de directeur du collège; il est mort en 1897.

- Après avoir fait ses études de droit, il devint notaire à Paris. Grâce à son travail et à son intégrité, il ne tarda pas à se créer une situation des plus brillantes. Lorsqu'il quitta le notariat, le vote des populations de Loir-et-Cher l'envoya au Corps législatif où il siégea pendant les dernières années de l'empire. Prévoyant et patriote averti, il fut un des rares membres de cette assemblée qui votèrent contre la guerre.

Ebranlé par les cruelles secousses de nos malheurs nationaux, déjà frappé au cœur par la mort de ses deux fils, Ph. Dessaignes refusa de se présenter à l'Assemblée nationale de 1871. Il se retira dès lors dans sa propriété de Champigny-en-Beauce où, pendant près de trente ans, il partagea son activité, heureusement

(1) Rapport au Sénat (session 1884).

secondée par de grandes ressources pécuniaires, entre l'agriculture envisagée dans un but humanitaire et les œuvres philanthropiques. Afin de lutter contre l'abandon des campagnes qu'il jugeait funeste pour l'avenir du pays, il créait à Champigny, en 1872, une vaste cité de maisons agricoles; peu d'années avant, il avait déjà fondé une maison de retraite pour les invalides de l'agriculture. Il compatissait au sort des malheureux, des malades, de tous les deshérités, s'efforçant de les soulager; aucune infortune ne le laissait indifférent. C'est ainsi qu'ému de la situation lamentable faite aux enfants d'un habitant de sa commune, tous atteints d'idiotie à des degrés divers, il fut amené, en voulant leur venir en aide, à constater les graves lacunes de notre Assistance, aussi bien pour les idiots que pour les épileptiques.

*Montant des legs.* — Concevant dès lors la grandeur de la tâche à accomplir, il ne devait pas tarder à élever sa générosité à la hauteur de l'œuvre à réaliser. Tout d'abord, il contribua par une somme de 10.000 francs aux frais de construction d'un premier bâtiment destiné aux épileptiques, qui fut élevé en 1892, dans les dépendances de l'asile d'aliénés, grâce aux efforts tenaces de mon prédécesseur, M. le D<sup>r</sup> Doutrébente. Cette première donation ne constituait qu'une amorce. Ph. Desaignes devait, en effet, par des libéralités nouvelles et somptueuses, permettre au département d'agrandir l'hospice qui portait son nom, de façon à pouvoir y accueillir en même temps les épileptiques et les idiots de Loir-et-Cher, tout en conservant des revenus suffisants pour assurer le paiement d'une partie de leur pension.

Le montant total des legs, aux termes d'un testament en date du 27 décembre 1883, modifié par quinze codicilles, représentait les  $\frac{4}{5}$  des valeurs mobilières dépen-

dant de la succession de Ph. Dessaignes, déduction faite de certains prélèvements. Il comprenait un capital de 1.048.441 fr. 70, dont le département devait entrer en possession au décès de la veuve du testateur, un titre de 3.000 francs de rente 3 p. 100 sur l'Etat français, dont la belle-fille du testateur conservait l'usufruit sa vie durant.

Ce legs était fait à la charge par le département d'édifier, dans les dépendances de son établissement d'aliénés ou ailleurs, un corps de logis destiné à recevoir gratuitement, ou moyennant pension, les épileptiques et les idiots domiciliés dans le département.

Le montant des valeurs, indiqué d'après les cours au jour du décès, a été réduit, à raison de la baisse survenue sur certains titres, à la somme de 809.551 fr. 45, réserve faite de l'usufruit donné à M<sup>me</sup> Juvénal, sa belle-fille. Par contre, en addition au legs précité, M<sup>me</sup> Ph. Dessaignes, sa veuve, a légué un titre de 4.039 francs de rentes françaises 3 p. 100.

Un prélèvement effectué sur le legs a servi à élever deux grands pavillons dont l'adjonction à celui déjà existant permettra de recevoir à l'hospice Dessaignes, ainsi agrandi, à la fois des épileptiques et des idiots. Le montant de la dépense des constructions nouvelles atteint environ 200.000 francs, auxquels il convient d'ajouter 37.000 francs pour achat de mobilier et divers accessoires, 27.000 francs pour réfection de l'ancien pavillon, 30.000 francs pour l'acquisition de terrains de culture.

*Inauguration des nouveaux bâtiments.* — Le Conseil général a tenu à rendre hommage au bienfaiteur du Loir-et-Cher en lui faisant élever un buste dans un rond-point, au centre même de l'hospice, et en marquant, par une inauguration solennelle, l'ouverture des nouveaux pavillons qui constitue une date importante dans le développement des services de l'assistance en Loir-



et-Cher. M. Dujardin-Beaumetz, sous-secrétaire aux Beaux-Arts, a bien voulu accepter la présidence de l'inauguration qui a eu lieu le 6 février 1911.

Ce jour-là, l'hospice avait été coquettement paré de nombreux drapeaux, de guirlandes de fenillage confectionnées par les malades. Devant l'entrée principale, se dressait un superbe arc de triomphe orné d'écussons et encadré de rideaux de sapins.

A 2 h. 1/2, le cortège officiel, comprenant M. Dujardin-Beaumetz, le président et le Bureau du Conseil général, les sénateurs, les députés de Loir-et-Cher, M. Brisac, préfet, le maire de Blois et autres notabilités, faisait son entrée à l'hospice, où il était reçu par le directeur-médecin de l'asile, accompagné de son personnel auquel s'étaient joints les membres de la Commission de surveillance et M. le D<sup>r</sup> Doutrebente, ancien directeur. M. Delalain-Chomel, M. Jean de Boisdeffre, M<sup>me</sup> Deville, membres de la famille Dessaignes, assistaient à la réception. Après les présentations d'usage, les plus jeunes et les plus valides des hospitalisés viennent offrir deux gerbes de fleurs, l'une à M. le sous-secrétaire d'Etat, l'autre aux représentants de la famille du donateur. M. Dujardin-Beaumetz parcourt les divers pavillons, où il est accueilli avec joie par les malades. Au cours de sa visite, il s'intéresse plus particulièrement aux hospitalisés ayant retiré un bénéfice plus ou moins grand de leur séjour à l'hospice : quelques idiots perfectibles qui, éduqués par les chefs d'atelier de l'asile, ont acquis une certaine instruction professionnelle, un assez grand nombre d'épileptiques qui, grâce au traitement suivi, ont vu leurs crises s'espacer de plus en plus.

La visite des pavillons terminée, M. Dujardin-Beaumetz arrive devant le buste de Philibert Dessaigne. Pendant que la musique du 113<sup>e</sup> attaque la *Marseillaise*

le buste est découvert. On peut alors admirer l'œuvre du jeune sculpteur blésois, M. Allou, qui a si bien su rendre la physionomie empreinte à la fois de douceur et de dignité du noble bienfaiteur.

M. Treignier, député, président du Conseil général, retrace à grands traits la vie et les œuvres de Ph. Dessaignes; il célèbre aussi ses vaillantes collaboratrices, son épouse, M<sup>me</sup> Phillibert et sa belle-fille M<sup>me</sup> Juvénal. En terminant, il remercie ceux qui ont contribué, à des titres divers, à l'édification de l'hospice : les docteurs Doutrebente et Ramadier, ancien directeur et directeur actuel de l'asile; MM. Beau, architecte, Allou, sculpteur, Quéant, chef de division.

M. Dujardin-Beaumetz, dans une vibrante allocution, associe le gouvernement à l'hommage rendu à Ph. Dessaignes, en qui il salue le protecteur des pauvres et des déshérités. Désireux de rendre aussi un témoignage de reconnaissance à M<sup>mes</sup> Ph. et Juvénal-Dessaignes, il demande au sculpteur Allou de fixer leurs traits, aux frais du gouvernement, dans un même médaillon de bronze. Il proclame la médaille d'or de l'Assistance décernée à M<sup>me</sup> Juvénal-Dessaignes et passe à l'énumération des autres récompenses accordées.

Un dîner offert par les conseillers généraux dans la salle de leurs séances a clôturé la cérémonie.

*Description de l'hospice.* — L'hospice Dessaignes a été élevé en dehors des murs d'enceinte de l'asile d'aliénés de Blois, sur des terrains appartenant à cet asile et qui lui sont contigus. En arrière, il n'est séparé de la campagne par aucun édifice, la vue s'étend au loin sur les plaines de la Beauce. Sa façade avoisine l'avenue de Paris, desservie par les tramways d'installation récente qui, en dix minutes, conduisent à la gare. Ainsi établi, l'hospice Dessaignes bénéficie des avantages de la campagne et n'en est pas moins d'un accès

facile pour les familles. Il comprend aujourd'hui trois corps de bâtiments isolés : un médian, situé en avant, deux sur les côtés, en retrait du premier.

Le pavillon médian remonte à 1892 ; il est subdivisé en deux parties indépendantes, ayant un vestibule commun, mais deux entrées distinctes. C'est un bâtiment à étage. Au rez-de-chaussée se trouvent, dans le milieu, un vestibule et un parloir ; de chaque côté, un escalier, un office, une salle de bains, un réfectoire, une salle de réunion, une petite galerie aboutissant à des water-closets. Au premier étage, deux dortoirs par division, un grand, un plus petit.

Les deux pavillons latéraux qui viennent d'être édifiés sont symétriques. Chacun d'eux comprend un corps principal à étage dont le grand axe est perpendiculaire à celui du pavillon médian, deux annexes de longueur inégale, l'une à chaque extrémité. Ces annexes n'ont qu'un rez-de-chaussée ; elles forment un angle droit avec le corps principal du bâtiment.

Le rez-de-chaussée comprend : un cabinet médical, deux réfectoires, un officé, une petite dépense, deux salles de réunion, un grand dortoir pour invalides, avec lavabos et salle de bains contigus, water-closets, chambres pour le personnel, infirmerie de 6 lits, deux chambres d'isolement ayant une entrée indépendante. Une galerie couverte borde un côté du bâtiment principal.

On accède aux dortoirs du premier étage par un escalier médian, très large, fermé sur les deux côtés latéraux par une cloison pleine en vue de rendre toute chute impossible. Au premier étage, de chaque côté de l'escalier, sont deux dortoirs avec lavabos et water-closets, une chambre d'isolement et une chambre pour le personnel.

Les diverses salles de l'hospice sont éclairées, la nuit, à l'électricité ; le chauffage est assuré par des radiateurs

à vapeur d'eau, à basse pression; des chauffe-bains à gaz permettent d'avoir de l'eau chaude et de préparer rapidement des bains à toute heure. Les water-closets sont à effet d'eau.

Un plan antérieurement établi prévoyait des bâtiments occupant les quatre côtés d'un quadrilatère; il a paru préférable de laisser entièrement ouvert le quatrième côté pour ne pas limiter la vue sur la campagne et aussi pour réserver la possibilité d'adjonction d'autres bâtiments sur le prolongement des deux côtés latéraux si le besoin s'en faisait sentir.

Les terrains englobés entre les bâtiments sont en majeure partie transformés en jardins d'agrément. Ceux situés en arrière sont affectés à la culture; des acquisitions décidées en principe pour une somme de 30.000 francs doivent en agrandir l'étendue.

Il n'y a pas de services généraux; l'hospice utilise ceux de l'asile (magasins, ateliers, buanderie, cuisine, etc). Pour faciliter le transport des vivres de la cuisine de l'asile à l'hospice, on a établi un petit chemin de fer sur la voie qui relie les deux établissements. Les vivres, placés en vases clos, dans des wagonnets fermés, sont transportés rapidement et n'ont pas le temps de refroidir. En attendant ou pendant la distribution les récipients qui les contiennent sont posés sur des tables métalliques dont le plateau est chauffé comme les radiateurs par la vapeur d'eau à basse pression. Une ligne téléphonique établit un contact permanent entre l'hospice et les différents services de l'asile.

*Communauté d'administration et de gestion avec l'asile.*

— *Ses avantages.* — C'est l'asile qui assure l'entretien des malades à l'hospice moyennant le paiement d'une somme calculée sur le prix de revient des cinq dernières années.

La communauté des services offre de nombreux

avantages : elle réduit sensiblement la dépense, permet d'utiliser les divers ateliers de l'asile pour l'éducation professionnelle des arriérés perfectibles, assure en outre à tous les hospitalisés les soins réguliers de médecins spécialistes.

*Population.* — La population hospitalisée comprend des épileptiques et des idiots, mais la proportion de ces derniers est plus forte :

Les locaux existants permettent de loger environ 140 malades, dont 40 à 45 au pavillon médian et 90 à 100 dans les deux autres. Il y en a actuellement 112 ; une trentaine de demandes au moins sont en instance, aussi tous les lits ne tarderont-ils pas à être occupés.

En 1900, une commission spéciale estimait, après enquête, à 110 (50 épileptiques et 60 idiots) le chiffre de la population future ; depuis on s'est montré plus large dans les prévisions. Malgré cela, le chiffre auquel on s'est arrêté risque fort d'être dépassé au bout de peu d'années.

*Classement par service.* — Dans les deux catégories d'infirmités cérébrales admises à l'hospice se trouvent à la fois des valides et des invalides, des malades propres et des gâteux, des enfants et des adultes. Le chiffre relativement restreint de la population n'a pas permis d'établir des quartiers de classement répondant à toutes les variétés. La trop grande multiplicité des services aurait accru démesurément les frais généraux. Cette considération milite en faveur de la création d'hospices interdépartementaux, où, à raison du nombre des hospitalisés, on pourrait multiplier les divisions et mieux sélectionner les malades.

A l'hospice Dessaignes ceux-ci sont distribués de la façon suivante :

Les enfants occupent le pavillon médian antérieure-

ment affecté aux épileptiques (1). Ce sont tous des idiots à des degrés divers, trois ou quatre sont en même temps épileptiques. La subdivision de ce bâtiment en deux parties indépendantes permet de réaliser la séparation des sexes.

Les pavillons latéraux sont réservés aux adultes: d'un côté les hommes, de l'autre les femmes. Le grand avantage qu'offrent ces pavillons, en outre de leur installation très confortable, c'est d'avoir deux dortoirs au rez-de-chaussée, un de seize lits pour les invalides, un de six lits pour l'infirmerie et deux chambres d'isolement.

Les épileptiques adultes ont des salles de réunion, des réfectoires, des dortoirs distincts de ceux des idiots; on obtient ainsi une séparation relative, mais non complète de ces deux catégories d'infirmes. Quant aux enfants, ils ne sont pas séparés. Il eût été préférable d'éviter le mélange; j'estime toutefois que les inconvénients pouvant en résulter sont minimes.

*L'épilepsie est-elle contagieuse?* — D'après M. Dubief, « beaucoup de médecins, et des plus érudits, des plus expérimentés, croient à la contagion de l'épilepsie. « Le spectacle des crises peut engendrer chez des prédisposés l'épilepsie; on doit donc éloigner de tels « malades ceux sur lesquels le mal pourrait avoir une « influence fâcheuse (2) ». Cette opinion, ancrée surtout chez le public, est à mon avis contestable. Je soigne depuis de nombreuses années des épileptiques, je n'ai jamais observé de cas d'épilepsie par contagion. Il en

(1) Sur l'organisation de l'hospice primitif, sur l'historique de l'assistance des épileptiques en Loir-et-Cher et sur l'œuvre de mon prédécesseur le Dr Doutrebente, on peut trouver de nombreux détails dans la thèse très documentée du Dr Vernet (Paris, 1903).

(2) Procès-verbaux de la Chambre des députés, séance du 14 janvier 1907.

est de même de divers confrères que j'ai eu occasion de consulter au sujet du fait suivant :

Alors que j'étais médecin-directeur à l'asile de Rodez, l'administration préfectorale fut saisie d'une demande d'indemnité formulée par un infirmier renvoyé pour épilepsie. Il prétendait avoir contracté cette affection au contact des malades qu'il soignait. L'enquête à laquelle je me livrai établit que, trois mois avant d'être libéré du service militaire, il avait éprouvé un traumatisme cranien (coup de pied de cheval) ayant nécessité son séjour à l'hôpital jusqu'à sa libération. Depuis ce traumatisme, même antérieurement à son entrée à l'asile, il avait eu des absences et quelques crises. Des excès de boisson, non contestables, fournissaient l'explication toute naturelle de la recrudescence des crises ayant motivé le renvoi.

La vue des attaques d'épilepsie, l'impression désagréable qui en résulte peut tout au plus provoquer, je crois, chez les névropathes, une crise d'hystérie simulant le mal comitial.

*Application de la loi du 14 juillet 1905 aux hospitalisés. Inconvénients. Avantages.* — A part un petit nombre de pensionnaires dont les frais d'entretien sont assurés par les familles ou les ayants droit, les malades âgés de plus de 16 ans, traités à l'hospice Dessaignes, y sont admis conformément aux prescriptions de la loi du 14 juillet 1905, sur l'assistance aux infirmes et aux incurables, qui leur est appliquée. Les mineurs de moins de 16 ans ne bénéficiant pas de cette loi; leur placement est subordonné, en cas d'indigence, au vote par les conseillers municipaux d'une participation dans les dépenses d'hospitalisation selon le barème annexé à la loi de 1905. Pour le complément de la pension, on remplace la part contributive de l'État par le prélèvement sur les revenus du legs Dessaignes d'une somme

correspondante. Cette manière de procéder oblige à limiter les placements aux infirmes cérébraux relativement faciles à diriger. On élimine, en les évacuant sur l'asile, ceux qui viennent à se montrer violents. En cas de retour au calme, ils peuvent être ramenés à l'hospice. Le voisinage de la préfecture, qui permet à l'autorité administrative de procéder à des enquêtes immédiates et de prendre des décisions rapides, le service médical assuré par des médecins spécialistes, la contiguïté de l'asile et de l'hospice qui facilite le transfert d'un établissement à l'autre, ce sont là tout autant de conditions qui pallient aux inconvénients d'un classement un peu arbitraire des épileptiques et des idiots en deux catégories : d'une part, ceux considérés comme aliénés dangereux placés à l'asile; d'autre part, ceux étiquetés épileptiques simples ou idiots inoffensifs admis à l'hospice.

Quels que soient les inconvénients (1) de l'application de la loi du 14 juillet 1905 aux épileptiques et aux idiots, elle n'en a pas moins un gros avantage sur celle du 30 juin 1838, au point de vue de la répartition des charges pécuniaires. Avec la première, la part contributive de l'État peut atteindre le chiffre de 70 à 80 p. 100; avec la seconde, la dépense reste tout entière à la charge des départements et des communes.

On s'explique mal ces inégalités de répartition de dépenses qui dans la pratique peuvent aboutir, surtout

---

(1) La loi néglige toutefois de préciser ce qu'il faut entendre par aliénation mentale. Or l'idée que ce mot, si clair en apparence, évoque dans l'esprit, varie en réalité selon les milieux sociaux, le degré, le genre de culture intellectuelle, etc. Il serait désirable que la future législation spécifie d'une manière précise les diverses catégories de troubles mentaux justifiant le maintien dans un établissement spécial. On éviterait peut-être ainsi des désaccords susceptibles de se produire sur la légitimité du placement d'un aliéné dans une asile pouvant accrédi-ter la croyance à de prétendus séquestres arbitraires.



dans les départements pauvres, à des inégalités d'assistance. Il est à craindre que les autorités locales se montrent plus difficiles pour hospitaliser un aliéné dont les budgets départementaux ou communaux auraient à supporter toute la charge et moins exigeantes à l'égard d'un autre malade dont les frais d'entretien incomberont en grande partie à l'État, qu'il soit atteint d'une affection aiguë, visée par la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, ou d'une infirmité ressortissant de la loi du 14 juillet 1905. On éviterait ces inconvénients par une réglementation uniforme de la répartition de la dépense, quelle que soit l'affection motivant l'hospitalisation. A ce point de vue, il faut se féliciter de l'application de la loi du 14 juillet 1905 aux épileptiques et aux idiots de l'hospice Dessaignes. En les admettant au bénéfice de cette loi, on tend à faire rentrer dans le droit commun au moins certaines catégories d'aliénés, car il est difficile de leur contester ce titre. L'idiotie fait partie intégrante de l'aliénation mentale, elle figure dans toutes les classifications des psychiatres, elle constitue l'une des cinq divisions de la statistique officielle établie chaque année dans les asiles pour le Ministère du Travail.

Quant à l'épilepsie, les malades qui en sont atteints, du moins ceux qu'on hospitalise, sont justiciables aussi du titre d'aliénés en raison de leur inconscience pendant les crises, de leurs impulsions, des défectuosités permanentes ou passagères de leur état mental (faiblesse d'esprit, troubles du caractère, etc.). Sans doute on trouve certains épileptiques chez qui on ne relève que de rares manifestations du mal comitial et qui conservent une intelligence à peu près normale; mais ceux-là ne viennent pas à l'hospice, on les assiste à domicile.

Je n'ignore pas que cette assimilation des aliénés aux

autres malades pour la répartition des dépenses soulève des objections qu'a mises en relief, lors de la discussion du dernier projet de loi sur les aliénés, M. le Commissaire du gouvernement (1), tout en reconnaissant toutefois combien cette conception est séduisante.

*Traitement.* — A l'hospice Dessaignes, on ne se borne pas à offrir un abri aux malheureux qui y sont admis, on cherche aussi à améliorer leur état.

Une bonne hygiène, un régime alimentaire approprié, une vie calme, réglée, la suppression de tous les agents provocateurs de crises (excès alcooliques ou autres) constituent une partie du traitement, non la moins importante.

Grâce surtout à l'emploi presque continu et longtemps prolongé des sels bromurés, nous arrivons souvent à atténuer et à réduire les manifestations de l'épilepsie, quelquefois même à supprimer toute crise. En certains cas graves, nous nous sommes bien trouvés de l'administration par la voie hypodermique de bromures en solution dans du sérum physiologique. Nous ne sommes pas exclusifs et, en dehors des bromures, ou concurremment avec eux, nous avons recours à tout agent thérapeutique dont l'emploi paraît indiqué. Des relevés journaliers de crises, établis avec soin, permettent d'apprécier le résultat des traitements.

L'état physique de nos hospitalisés laisse souvent à désirer. Nombre d'entre eux, mal soignés au dehors, sont très cachectisés à leur entrée ; la tuberculose est fréquente, surtout chez les idiots les plus accentués. Il faut s'assurer qu'ils s'alimentent suffisamment (le recours à des pesées fréquentes fournit d'utiles renseignements), contrôler par un examen minutieux l'état de

(1) *Journal officiel*. Chambre des députés, séance du 22 janvier 1907.

leur santé, dépister les maladies incidentes susceptibles de passer inaperçues, car elles évoluent sans grande réaction chez ces malades incapables d'autre part d'accuser les sensations obtuses qu'ils éprouvent.

Nous attachons une grande importance au travail manuel organisé surtout dans un but thérapeutique, mais non exclusif de tout rendement, dont bénéficie à la fois chaque malade par l'allocation d'un petit pécule et la collectivité. Nous nous efforçons d'y entraîner tous ceux qui ne sont pas trop déçus.

Le travail bien compris a une influence heureuse à la fois sur la santé physique et sur l'état mental de nos malades. Voilà longtemps qu'il a fait ses preuves et c'est toujours à lui que l'on revient, parfois avec des étiquettes nouvelles. Il facilite le bon fonctionnement des organes, favorise le développement du corps, calme l'excitation, assure un sommeil réparateur, combat les habitudes d'onanisme que développe l'oisiveté. Au point de vue mental, il contribue à fixer l'attention, à discipliner l'esprit, entraîne à l'effort, utilise et met en valeur les rudiments des facultés.

Pour les hospitalisés hommes, le travail agricole, qui est très hygiénique, répond le mieux à leurs aptitudes restreintes ; aussi est-ce de préférence vers lui que nous orientons leur activité. L'emplacement de l'hospice Dessaignes au milieu des champs, les terres dont dispose l'asile, facilitent cette orientation. Cependant nous ne sommes pas exclusifs ; si un de nos malades manifeste du goût pour la menuiserie, la serrurerie, la cordonnerie, etc., nous n'hésitons pas à l'engager dans la voie qu'il semble préférer, cela nous est facile en utilisant les ateliers de l'asile.

On cherche surtout à éduquer les femmes en vue des travaux de couture, de raccommodage, des soins du ménage. Comme leurs occupations sont plus sédentaires,

on les entrecoupe de sorties dans les jardins ou de petites promenades.

On n'a pas organisé l'instruction pédagogique, dont on s'occupera quand le besoin s'en fera sentir. Pour le moment, nous avons trop peu d'enfants susceptibles d'en tirer quelque profit (à peine deux ou trois). Leur nombre augmentera sans doute lorsque l'hospice comptera un certain nombre d'années de fonctionnement. Au début, on n'a formulé de demandes d'admission que pour les infirmités cérébrales les plus accentuées.

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1911.

Présidence de M. SÉRIEUX.

MM. Delmas, Dupouy, Fillassier, Perpère, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture est faite du procès-verbal de la séance précédente.

*A propos du procès-verbal.*

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, j'ai reçu une lettre signée de seize membres de la Société, dont je vais vous donner lecture :

« Paris, le 17 février 1911.

« Monsieur le Président,

« Un certain nombre de membres de la Société médico-psychologique se sont émus à l'idée qu'il serait impossible d'accueillir telle personnalité scientifique, dont la valeur s'imposerait, si toutes les places aujourd'hui vacantes étaient dès maintenant pourvues de titulaires.

« Il est d'usage dans la plupart des sociétés de conserver un certain nombre de places vacantes pour parer à cette éventualité.

« C'est pourquoi nous demandons au Bureau de bien vouloir examiner cette question qui intéresse la vitalité de la Société médico-psychologique, et de donner son avis, conformément aux prescriptions de l'article 9 du Règlement. »

(*Suivent les 16 signatures.*)

M. VALLON. — Dans sa dernière séance, la Société a par un vote déclaré quatre places vacantes. Les candi-

dats ont été avisés, et ont fait acte de candidature d'après ce vote ; il n'y a pas lieu de revenir sur ce vote.

M. MAGNAN. — Il n'est pas de société savante dans laquelle on vote à la fois pour quatre membres. Généralement on élit un membre, exceptionnellement deux.

M. VALLON. — Cependant dans notre dernière séance nous avons élu trois collègues et nous avons regretté de ne pouvoir donner satisfaction à d'autres candidats. Je comprendrais la réserve de M. Magnan s'il y avait pénurie de candidats dignes d'être des nôtres, mais il n'en est pas ainsi.

M. MAGNAN. — La personnalité des candidats éventuels n'est pas en question. D'une façon générale on choisit mieux en ne procédant pas à un choix en bloc.

M. VALLON. — Dans notre Société il y a des précédents d'élections multiples, et d'ailleurs nous ne pouvons pas revenir sur un vote dont les candidats se sont inspirés pour se mettre sur les rangs.

M. BRIAND. — Que dit le règlement?

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de l'article 9 du règlement, ainsi conçu :

« Les questions administratives, personnelles, réglementaires et, en général, toutes les questions qui ne sont pas purement scientifiques, sont examinées et résolues par le Bureau, constitué en conseil de famille et d'administration. Les décisions doivent être communiquées à la Société, qui peut toujours les modifier, après délibération, dans une de ses séances. »

M. COLIN. — Lorsque la proposition de déclarer quatre places vacantes a été émise à la séance de janvier, il est regrettable que le Bureau, nouveau et par suite inexpérimenté, n'ait pas, comme il lui appartenait de le faire, soulevé d'objection. Ne nous est-il pas permis, en somme, de réserver une place ou deux pour tel collègue qui s'imposerait à nous demain ?

M. VALLON. — L'argument de ce qui se passe ailleurs ne peut être suffisant pour nous faire revenir sur un vote acquis.

M. LEGRAS. — Ce vote est-il acquis ? On a voté à mains levées et M. le Président n'a pas fait la contre-épreuve.

M. DE CLÉRAMBAULT. — Le principe d'élever le

nombre des places vacantes et le choix du nombre des places à déclarer vacantes auraient dû être distingués. Sur ces deux points on aurait dû voter en deux temps. Pour ma part, j'ai cru voter uniquement sur le principe; j'étais partisan de déclarer vacantes plus de places, mais non pas la totalité. Je confirme la déclaration de M. le D<sup>r</sup> Legras : la contre-épreuve n'a pas été faite.

M. VALLON. — Nous sommes cependant en présence d'un fait accompli. Lorsque les candidats ont été avertis, et ont agi en conséquence, nous ne pouvons pas revenir sur notre décision.

M. PIÉRON. — On ne peut considérer comme acquis un vote à mains levées à propos duquel la contre-épreuve n'a pas été faite; par combien de voix la proposition a-t-elle été acceptée?

M. VALLON. — La proposition de déclarer vacantes les quatre places disponibles a été acceptée à une majorité indiscutable. J'ai dit : « Il y a quatre places vacantes, je propose que nous comblions ces vacances ». Le Bureau n'a pas fait d'objection, et a mis la proposition aux voix.

M. COLIN. — J'ai fait des réserves à ce moment; mais le Bureau, qui probablement n'avait pas présent à l'esprit le texte de l'article 9 du règlement, n'a pas demandé, comme il aurait dû le faire, à étudier la question pour soumettre ensuite à la Société le résultat de son examen.

M. PIÉRON. — Il n'y a donc qu'à renvoyer la proposition au Bureau.

M. VALLON. — La Société va se déjuger si, après avoir, en séance publique, déclaré quatre places vacantes, elle n'en déclare plus que deux aujourd'hui.

M. TOULOUSE. — La Société a le droit de se déjuger, surtout si elle pense avoir émis un vote irrégulier.

M. LE PRÉSIDENT. — Je vais mettre aux voix la question de savoir si la Société veut que le Bureau délibère au sujet des vacances. Dans l'affirmative, le Bureau se constituera immédiatement en conseil de famille et soumettra, dans quelques instants, une proposition régulière à la Société.

M. VALLON. — Je ne crois pas devoir prendre part à un tel vote, qui remet en question une chose jugée.

Je répète que nous sommes engagés vis-à-vis des candidats par notre vote antérieur.

Il est procédé au scrutin. Par 19 voix contre 3 bulletins blancs sur 22 suffrages exprimés, la Société invite le Bureau à délibérer.

Après délibération, le Bureau, à l'unanimité, et déclarant tenir compte de l'indication donnée par le vote ci-dessus, propose à la Société de déclarer vacantes deux places de membres titulaires.

M. PIÉRON. — Pour éviter le retour de pareils incidents, ne peut-on décider, qu'à l'avenir, les propositions du Bureau concernant les vacances seront mentionnées sur les convocations avec l'ordre du jour ?

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL prend bonne note du vœu exprimé par M. Piéron.

M. BRIAND. — Il nous reste encore à nous prononcer sur la proposition du Bureau.

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix la proposition faite par le Bureau de déclarer vacantes deux places de membre titulaire.

La proposition, mise aux voix, est adoptée, contre-épreuve faite.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

### *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Capgras, Marchand, Vurpas, qui remercient la Société de les avoir nommés membres titulaires ;

2° Une lettre de M. Moïse Martin, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

3° Une lettre de M. Wahl, qui s'excuse de ne pouvoir venir lire sa communication ;

4° Des lettres de candidature aux places vacantes de membre titulaire de MM. Bonnet, Camus, René Charpentier, Dupouy, Mignot, Riche. — La Commission se compose de MM. Arnand, Deny, Lwoff, Magnan et Trénel ;

5° Une lettre de candidature au titre de membre correspondant de M. Conso. — Commission : MM. Sérieux, Dupain et Pactet, rapporteur ;



6° Une lettre de candidature au titre de membre associé étranger de MM. Aleardo Salerni, médecin en chef du Manicome de Vérone.—Commission : MM. Legras, Magnan, Sémelaigne, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend le numéro du mois de décembre du journal *Les Archives de médecine et de Chirurgie spéciales*.

#### Vœu.

M. LWOFF. — Vous avez appris que tout récemment un grand nombre de professeurs russes ont cru de leur devoir de se démettre de leurs fonctions. Rien qu'à Moscou, quarante-six professeurs des Facultés diverses viennent de démissionner en quelques jours. Parmi eux se trouvent MM. Serbsky, professeur de psychiatrie, vice-président de la Société de Psychiatrie et de Neurologie; Rossolino; Roth, professeur de Neurologie, Bajenov, privat-docent.

Notre Société doit ignorer tout ce qui n'est pas du domaine de la science pure, mais elle ne peut se désintéresser entièrement des choses qui touchent à la vie professionnelle et scientifique de ceux qui lui sont attachés à un titre quelconque. Il n'est besoin de dire combien un acte de ce genre laisse deviner de courage et d'abnégation.

Vous voudrez peut-être affirmer à cette occasion l'estime qu'imposent les travaux scientifiques et la valeur professionnelle de nos collègues russes.

MM. BRIAND et TRÉNEL proposent le vœu suivant : « La Société Médico-Psychologique exprime toute sa sympathie et son estime à ses distingués collègues MM. Roth, Serbsky et Bajenov, regrette une détermination qui prive la Science d'un enseignement si fructueux. » (*Adopté.*)

#### Rapport de candidature.

M. TRÉNEL. — J'ai l'honneur de vous présenter le rapport d'une Commission, composée de MM. Legras, Semelaigne et Trénel, rapporteur, sur la candidature de M. le Dr Gross, médecin directeur de l'asile de Rouf-

fach en Alsace. Je me bornerai à citer la thèse de M. Gross sur le traitement chirurgical de la péritonite tuberculense. Les travaux de médecine mentale de M. Gross portent sur la thérapeutique des maladies mentales, la psycho-pathologie et la médecine légale. Dans un article *sur le traitement des états aigus d'excitation*, M. Gross décrit le local d'observation destiné à ces malades à Alt-Scherbitz, et insiste sur la nécessité d'une organisation permettant de garder dans une salle commune ou d'isoler rapidement dans une chambre voisine le malade trop agité ; son plan montre une salle de bain annexée à ce local, idée que nous avons parfois tant de peine à faire pénétrer dans l'esprit de certains membres des commissions dont dépendent nos asiles.

Il est à noter ici une phrase qui donne beaucoup à penser sur l'asile dit à portes ouvertes : « Le local de surveillance forme une partie d'une section dite fermée. Il forme en soi, à l'intérieur de celle-ci, un tout fermé à clef. »

Dans le traitement par le lit, il faut séparer les cas aigus des chroniques, et ne l'appliquer qu'aux malades qui l'acceptent.

Gross pratique l'isolement, mais pour quelques heures ou quelques jours au plus. Il veut que la chambre d'isolement soit largement éclairée. Pour ma part, je suis heureux d'enregistrer cette opinion, quand on a pu prétendre encore que l'obscurité est un bon moyen de calmer les agités, de sorte que les commissions susdites refusent de faire pratiquer des fenêtres dans des cellules obscures où, faute de personnel, nous sommes obligés de confiner certains malades.

Gross précise l'action des bains prolongés : si ceux-ci calment durablement les épuisés, les confus, leur action ne se prolonge pas chez les maniaques quand ils sont sortis du bain.

Tout moyen de contrainte est à rejeter. Le bain agit autant par son influence psychique que par son action physiologique.

Pour les narcotiques, Gross est aussi loin de ceux qui les rejettent complètement que de ceux qui en abusent. Il ne donne jamais plus de 10 grammes de suite par dose de 2 grammes par jour (trional, sulfonal, chloral).

Il réhabilite l'hyoscine, mais ce médicament ne s'adresse qu'aux états d'excitation psycho-motrice, où le malade ressent un véritable bien-être de son emploi. Rien n'est plus exact, et nous pouvons confirmer le fait. De nombreux exemples illustrent les opinions émises par l'auteur.

Nous avons particulièrement insisté sur ce premier travail ; nous examinerons plus rapidement les suivants. Nous citerons : un article sur le *mode d'action de l'asile moderne. Les recherches sur l'écriture des individus sains et malades* donnent d'intéressantes applications d'un appareil enregistreur de Kraepelin montrant l'inhibition psycho-motrice des stuporeux, l'hyperexcitabilité psycho-motrice des maniaques sur de curieux graphiques. L'article sur la *modalité des processus psychiques simples dans la dysthymie des épileptiques* y démontre l'allongement du temps de réaction. Etudiant à propos d'un cas douteux, la *psychologie de la psychose traumatique* par la méthode des opérations arithmétiques en série, Gross y vérifie une compréhension mauvaise, une attention mauvaise, une grande distraction, une grande fatigabilité, une faible aptitude aux exercices.

Gross étudie un cas curieux et plein d'enseignement de *simulation répétée de trouble mental*. Il s'agit d'un chevalier d'industrie qui, à quatre reprises, simule un état mélancolique avec beaucoup d'habileté, grâce à ses lectures médicales, au point de tromper plusieurs aliénistes expérimentés. L'auteur le démasqua en constatant ces rechutes successives au moment de l'arrestation et la guérison dès que le malade est à l'asile.

Nous terminerons par une *contribution à la valeur clinique et médico-légale de la folie pseudo-quérulante*. C'est un de ces cas à la limite du normal et du pathologique dont la définition est difficile ; l'absence de continuité dans la processivité du sujet, montre plutôt l'existence de tendances quérulantes qu'une véritable folie quérulante. De plus, le malade a un caractère d'épileptique (sans symptômes comitiaux).

M. Gross est actuellement chargé de surveiller la construction du nouvel asile de Rouffach. Un fonctionnaire du service d'architecture des asiles du département

de la Seine, qui a vu M. Gross à l'œuvre, nous disait récemment — dans un aveu loyal — combien la méthode allemande, qui fait présider un aliéniste à la construction d'un asile, donne de bons résultats. Personne n'était mieux placé pour cette œuvre qu'un disciple de Paetz, l'illustre organisateur d'Alt Scherbitz.

M. Gross, par l'intérêt de ses recherches, fera dignement partie de notre Société.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées, et M. Gross est élu, à l'unanimité, membre associé étranger.

### Cholémie et états mentaux dépressifs,

par MM. P. HANNARD et J. SERGEANT.

Les recherches entreprises par l'un de nous, sur la fréquence de la cholémie simple familiale dans les milieux hospitaliers du Nord (Sergeant, *Thèse de Lille*, 1910), avaient montré un pourcentage particulièrement élevé dans les asiles d'aliénés : un quart au lieu de un sixième dans les hôpitaux.

De plus, à l'examen des résultats obtenus dans ces établissements, nous avons remarqué, parmi les cholémiques, la grande proportion des sujets présentant le syndrome mélancolie. Il nous a donc paru intéressant de rechercher la réaction de Hayem (action de l'acide nitrique nitreux) sur le sérum sanguin, chez une trentaine de malades déprimés soumis à notre observation.

Ces malades appartiennent, soit à l'asile de Bailleul (femmes), soit à l'asile d'Armentières (hommes); nous n'avons pu soumettre à la réaction que quelques aliénées de l'asile de Bailleul, n'ayant pas obtenu du directeur administratif l'autorisation de compléter nos recherches; au contraire, à l'asile d'Armentières, il nous a été donné, grâce à la bienveillance de M. le professeur agrégé Raviart, de réunir les observations des principaux déprimés (17 sujets) internés dans cet établissement.

Ces recherches nous ont donné les résultats suivants :  
Chez les hommes déprimés, la proportion de cholé-

miques est sensiblement plus élevée que chez les autres aliénés : un tiers au lieu de un quart ; il en est de même pour les femmes.

A l'examen somatique, nous avons constaté, chez les sujets qui ont réagi, certains troubles cutanés ou viscéraux d'origine biliaire : teint bilioux, coloration terreuse des téguments, nævi, pigmentations, troubles gastro-intestinaux, et, fréquemment aussi, les diverses manifestations de l'arthritisme.

La plupart de ces cholémiques ne sont pas des mélancoliques vrais ; parmi les hommes, en particulier, aucun des malades de l'asile d'Armentières, présentant les accès typiques de la folie maniaque-dépressive, n'a donné une réaction positive. Ce sont tous des dégénérés, présentant de la dépression épisodique, due, probablement, à des causes déterminantes particulières, toxiques par exemple ; plusieurs observations mentionnent, en effet, des hallucinations de la vue, des idées vagues de persécution, du tremblement des extrémités, tous symptômes pouvant faire penser à une intoxication, en particulier à l'alcoolisme, parfois signalé dans les antécédents.

Les conclusions de ces quelques recherches pourraient être ainsi résumées :

1° Les accès de mélancolie typiques ne semblent pas devoir être rattachés à la cholémie, comme d'aucuns l'avaient supposé ;

2° Chez les dégénérés, la cholémie accompagne fréquemment les états mentaux dépressifs.

### Quelques documents

sur la question « Aliénation mentale et divorce » (1),

par MM. P. JUQUELIER et A. FILLASSIER.

Puisque vous avez laissé figurer à l'ordre du jour de vos séances la question « Aliénation mentale et divorce », nous avons pensé qu'il n'était pas sans intérêt

(1) Voir les *Annales* de janvier-février 1911, p. 91 et de mars-avril 1911, p. 274.

de réunir, pour vous les soumettre, quelques documents, tant français qu'étrangers, ayant trait à cette question,

Nous ne ferons pas allusion, bien entendu, aux discussions mémorables qui eurent lieu en 1882, soit à l'Académie de médecine, soit dans cette assemblée; nous ne nous occuperons que des faits postérieurs à l'application de la loi du 27 juillet 1884.

Vous avez vu qu'en France, la jurisprudence des Tribunaux a été pour ainsi dire constante, et que le divorce a été repoussé chaque fois qu'est intervenu à propos, dans une espèce, l'argument de l'aliénation mentale.

L'opinion des juristes reste généralement conforme à cette jurisprudence : Carpentier (1) proteste que « la folie ne saurait jamais être une cause de divorce ». Pour Coulon (2), si l'ivrognerie d'un époux, quand elle produit du scandale et devient une habitude, justifie une demande en divorce de la part du conjoint, il faut que les faits d'ivrognerie aient eu lieu « en dehors de toute influence résultant d'infirmités physiques ou intellectuelles ».

Pourtant, Demolombe et Grévin (3) prévoient le cas « où le désordre mental doit être imputé à une faute de celui qui en est atteint »; et ils estiment que, dans ces cas, les injures et sévices peuvent être retenus. Il est naturellement question ici des troubles mentaux en rapport avec les excès alcooliques. Ce qui fait l'intérêt de la thèse de Demolombe et Grévin, c'est que ces auteurs ont tenu compte de la distinction, établie par les cliniciens, entre les effets de l'ivresse et ceux de l'intoxication chronique. En ce qui concerne l'ivresse, la question n'est guère discutable. De la part d'un homme jouissant de la plénitude de ses facultés mentales, le fait de s'enivrer fréquemment constitue une injure vis-à-vis de sa femme. En outre, les excès ou sévices commis sous l'influence de l'ivresse ne reçoivent, de cette circonstance particulière, aucune atténuation :

(1) *Traité théorique et pratique du divorce.*

(2) *Le divorce et la séparation de corps*, t. III, p. 78, Paris, 1891.

(3) *Traité du divorce.* Paris, 1896.

la législation française est formelle à cet égard. Mais les accidents psychiques de l'alcoolisme chronique ont un mécanisme différent. Cependant, pour Demolombe et Grévin, le buveur serait pleinement responsable de ses violences ou de ses injures, « conséquences de l'état de dégradation morale dans lequel il s'est volontairement plongé », même lorsqu'il serait atteint de « délire alcoolique, de démence momentanée, troublant son jugement et l'amenant par exemple à des accès de jalousie non justifiée ».

Dans le monde médical, chaque fois que la question est posée, les mêmes arguments font toujours les frais de la discussion. Pour les uns, l'aliénation mentale est une maladie ; et comme telle, elle enchaîne sans appel, à son devoir d'assistance, le conjoint de l'aliéné. Pour les autres, lorsqu'un des époux est un aliéné interné, et, selon toute vraisemblance, un aliéné incurable, le lien conjugal est définitivement rompu *en fait*. En autorisant la rupture légale de ce lien, et pourvu qu'on ait sauvé les intérêts matériels de l'aliéné, on libérerait un élément apte à fonder une famille saine, et l'on rendrait service à la société. Il resterait à se prononcer avec certitude au sujet de l'incurabilité, et aussi à empêcher les aliénés non mariés de procréer, répondent les adversaires du divorce pour aliénation.

Rappelons que ces arguments ont été échangés, il y a quelques années, à la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques (février 1905), par les membres de cette société qui prirent part à la discussion d'un rapport de M. Ducor sur la question plus étendue : « Maladie et divorce. » MM. Toulouse, Lutaud, Roulin intervinrent dans cette discussion.

Il semble qu'à l'heure actuelle la thèse des partisans du divorce ait produit une certaine impression dans les milieux parlementaires, puisque, tout récemment, à quelques jours d'intervalle, deux députés ont, l'un et l'autre, déposé à la Chambre un projet de loi tendant à faire figurer l'aliénation mentale parmi les causes de divorce.

La proposition de M. Maurice Colin, dont nous avons dit quelques mots dans notre communication de novembre 1910, avait été précédée (8 novembre) d'une

proposition sur le même sujet de M. Maurice Viollette. Les auteurs de ces projets, qui ne sont pas identiques, ont bien voulu nous les communiquer à votre intention. Voici les textes, précédés d'une courte analyse de l'exposé des motifs.

Pour M. Viollette, du fait de l'aliénation mentale suivie d'internement, de l'un des conjoints, le lien conjugal est « disloqué ». Si la maladie mentale est incurable, cette dislocation est définitive ; il y a donc là une cause *péremptoire* de divorce, et toute la procédure doit se réduire à ce que la preuve soit faite, par le demandeur, de l'incurabilité du défendeur.

Dans la proposition de loi de M. Viollette, l'article 289 du Code civil est ainsi rédigé :

« Article 289. — L'aliénation mentale sera également une cause péremptoire de divorce lorsque l'internement du conjoint aliéné aura eu une durée ininterrompue d'au moins trois ans.

« L'époux qui alléguera cette cause de divorce devra, à trois reprises différentes, et à un intervalle d'au moins un an, présenter requête au président du Tribunal pour obtenir nomination de deux médecins qui auront mission de dire si le malade doit ou ne doit pas être considéré comme incurable.

« Le même médecin ne pourra pas être commis deux fois. L'assignation en divorce devra viser ces trois expertises. Le divorce ne pourra être prononcé que si ces expertises concluent toutes les trois qu'il n'y a aucun espoir de guérison. Les dépens seront toujours à la charge de l'époux demandeur. »

Comme on le voit, le législateur, qui considère la maladie mentale incurable comme une cause péremptoire de rupture du mariage, prend des précautions pour que l'incurabilité ne soit pas déclarée à la légère. Avec de telles précautions, les divorces pour cause de folie ne seront pas fréquents.

L'attention de M. M. Colin va toute à l'époux uni par la loi « à un être dont la raison a définitivement sombré dans la folie ou la démence... alors qu'aucune intimité n'est plus possible, que toute cohabitation est devenue intolérable et même dangereuse ». M. Colin indique aussi que l'incurabilité doit être bien démontrée,



sans insister sur les procédés propres à établir cette démonstration ; il veut en outre que la situation matérielle du malade soit pleinement sauvegardée. Sa proposition est donc la suivante :

« L'article 233 du Code civil est rétabli en ces termes :

« Article 233. — Quand, depuis trois ans au moins, l'un des époux aura dû être colloqué et maintenu dans un asile public ou privé d'aliénés, l'autre époux pourra toujours demander le divorce pour cause d'aliénation mentale, sauf à établir que celle-ci est incurable.

« L'article 301 du Code civil est complété par un deuxième alinéa ainsi conçu :

« En cas de divorce pour cause d'aliénation mentale, le divorce sera toujours réputé prononcé aux torts réciproques des deux époux. Toutefois, au point de vue alimentaire, le conjoint qui a demandé et obtenu le divorce, sera soumis aux obligations dont il serait tenu, si le divorce avait été prononcé contre lui pour une des causes visées par les articles 229 à 232 du Code civil. »

De même qu'à propos de ce qui s'est passé chez nous, nous ne considérerons, à propos des législations étrangères, que les discussions ou les réformes postérieures à l'application en France de la loi du 27 juillet 1884. (En Suède, depuis 1810 ; en Suisse, depuis 1874, l'aliénation mentale durant au moins depuis trois ans, et déclarée incurable, est une cause de divorce, etc.)

Nous laissons d'autre part à M. Trénel le soin de résumer tout ce qui a trait à la législation allemande.

Aux États-Unis, la législation varie dans chaque état. Dans le Maine, le Connecticut ou l'Illinois, le Tribunal a, pour chaque espèce, un pouvoir souverain d'appréciation. Comme cause de divorce, la loi n'a rien indiqué ou n'a rien exclu. D'autres États admettent l'aliénation mentale parmi les causes de divorce. Il suffit de résider six mois dans certains d'entre eux, pour acquérir le titre de citoyen, et bénéficier, le cas échéant, de dispositions légales inconnues dans l'État voisin où l'on habitait tout d'abord. Il en résulte une complexité très grande, et l'impossibilité de dégager les tendances générales de la jurisprudence.

En Bulgarie, la loi du 21 mars 1897 admet le divorce...

« quand l'un des époux est atteint, postérieurement au mariage, de démence, d'idiotie, d'épilepsie ou de syphilis ». Mais, dans ces cas, le divorce n'est prononcé que lorsque tous les moyens de guérison ont été employés.

Dans la République de l'Équateur, d'après la loi du 28 octobre 1902, les fous ne peuvent contracter mariage, ou la folie est une cause de nullité du mariage.

L'ordonnance souveraine du 3 juillet 1907 de la principauté de Monaco dispose (article 5) : « Lorsqu'un des époux sera atteint d'aliénation mentale, d'épilepsie, de délire alcoolique ou de syphilis, le divorce pourra être demandé par l'autre époux aux conditions suivantes :

« 1° Si la maladie est présumée incurable ;

« 2° Si elle est de nature à compromettre la sécurité ou la santé du conjoint, ou des enfants nés ou à naître ;

« 3° En ce qui touche l'aliénation mentale, si celle-ci a duré trois ans avant la formation de la demande en divorce ;

« 4° En ce qui touche l'épilepsie et le délire alcoolique, si les crises sont fréquentes.

« ..... L'existence des maladies et la présomption de leur incurabilité seront établies par trois experts désignés par le Tribunal supérieur. »

En commentant cette ordonnance, Clunet (1) dit : « Il s'agit d'assurer dans la famille la protection de ses membres contre les dangers de toute sorte auxquels les expose la présence d'un aliéné, d'un épileptique, d'un alcoolique, d'un syphilitique ; il s'agit surtout d'empêcher la procréation par un malade d'enfants voués à la souffrance ou à l'imbécillité. »

Enfin, voici, croyons-nous, la réforme la plus récente : c'est celle qui a été accomplie par la loi portugaise, dite loi du divorce, du 3 novembre 1910. Nous devons la connaissance exacte de cette loi à M. le Dr Magalhaes-Lemos, de Porto, membre associé de la Société médico-psychologique, qui a bien voulu nous en adresser le texte en prenant le soin de traduire le paragraphe relatif à la folie. Ce paragraphe se trouve dans l'article 4,

(1) *Journal de Droit internat. fr.*, 1908.

qui énumère les causes légitimes de divorce, il dit : « ..... 7° L'aliénation mentale incurable, lorsque trois ans au moins se sont écoulés depuis sa constatation judiciaire, d'après les termes des articles 419 et suivants du Code du procès civil. »

Permettez-nous, avant de terminer, de rapporter un jugement de la 4<sup>e</sup> Chambre du Tribunal civil de la Seine du 3 décembre 1910, qui a prononcé le divorce entre les époux X... à la requête de la femme, bien que le mari, poursuivi pour sévices à l'égard de celle-ci, ait bénéficié d'une ordonnance de non-lieu basée sur son état mental, et à la suite du rapport de trois experts (1).

L'avocat de X... avait tiré argument de cette ordonnance et de l'internement consécutif de son client dans un asile, pour prétendre que les faits allégués par M<sup>me</sup> X... étaient ceux d'un malade et ne pouvaient être retenus.

Le Tribunal accueillit la demande de M<sup>me</sup> X... à l'aide de cette distinction que vous apprécierez au point de vue clinique : Les faits reprochés à X... antérieurs à son internement ne sont pas retenus : ce sont les actes d'un malade ; mais le médecin de l'asile où il était interné a autorisé la mise en liberté ; à partir de ce moment, estime le Tribunal, X... est guéri, il n'y a plus d'aliéné.

Or, depuis cette date, X... écrit dans les journaux des articles outrageants pour sa femme ; il tient des propos qui sont des injures graves ; ces faits sont postérieurs à sa mise en liberté, ils constituent des motifs suffisants pour permettre au juge de rompre cette union.

Ce jugement est-il définitif, sera-t-il frappé d'appel ? Nous l'ignorons, et, s'il en est ainsi, nous ne savons pas l'accueil que lui fera la Cour appelée à en connaître. — Vous apprécierez, s'il convient d'approuver cliniquement la distinction imaginée par le Tribunal de la Seine, pour mettre fin à ce qu'il appelle lui-même le martyre d'une femme ; vous vous demanderez si les actes reprochés au défendeur ne le font pas ranger parmi ces désé-

---

(1) Ce jugement, qui est l'un des derniers actes d'un drame connu de tous les aliénistes, est résumé à la page 174 du numéro de janvier-février 1911 des *Annales médico-psychologiques*.

quilibrium inapt, par leur constitution même, à la vie conjugale, et pour lesquels la jurisprudence conforme à l'arrêt, précédemment cité par nous, de la Cour de Bordeaux conduira peut-être à la rupture du mariage!

## DISCUSSION

M. DE CLÉRAMBAULT. — A la séance du 25 novembre 1910, j'ai pris la parole le premier dans un sens favorable au divorce pour cause d'aliénation mentale. Mon intervention n'ayant, par suite de ma négligence, pas été mentionnée au procès-verbal, je demande la permission de répéter aujourd'hui mes arguments.

C'est une erreur de prendre pour seul critérium de l'opportunité d'un divorce le pronostic d'incurabilité. Les aliénés qui restent toute leur vie internés deviennent, de ce fait, inoffensifs; parmi ceux qui sortent un grand nombre constituent à quelque degré une menace pour la sécurité des personnes, ou au moins leur tranquillité. Presque tous sont aussi un danger pour la race.

Certains aliénés libérés restent exposés aux récidives (toxicomanes); certains y sont voués presque sûrement (maniaques); d'autres n'offrent que des rémissions (paranoïaques). Il persiste donc, pour la famille, à ne parler que d'elle, des chances nombreuses de dangers graves (blessures, scandales, pertes financières) pour un avenir plus ou moins proche. Un malade qui reste interné cesse de présenter ces dangers.

Ceux d'entre eux qui ne récidivent pas gardent du moins, en liberté, les mêmes dispositions morbides qui ont favorisé leur délire; or, ces dispositions morbides sont fréquemment très prononcées (aboulie et impulsivité chez les toxicomanes, déséquilibre chez les maniaques, tendances jalouses, interprétative ou réclamate dans beaucoup d'entités cliniques, etc.). Ce sont ces troubles du caractère; *manifestés en liberté*, qui rendent la vie intolérable pour leur conjoint ou leurs enfants.

Les aliénés supposés guéris, ou seulement en sortie d'essai chez leur conjoint, *peuvent procréer*. Le plus souvent leurs enfants seront pour la société une acquisition peu enviable; ils peuvent en outre être dans

l'avenir, pour le conjoint, une source de déceptions multiples. Il faudrait cependant au conjoint une force morale peu fréquente pour s'opposer par raison pure à toute chance de procréation.

On a dit : l'aliéné divorcé vivra en état de concubinage, et pourra encore engendrer. C'est exact, mais nous savons tous que de telles associations ne se montrent, dans la majorité des cas, *ni aussi stables ni aussi prolifiques* que les mariages.

Pour toutes ces raisons, l'aliéné libéré doit être regardé, en principe, comme une source de maux plus redoutable que l'aliéné dit incurable.

Pour un certain nombre de sujets dégénérés, tels les alcooliques chroniques non délirants, les petits toxicomanes, les amoraux, un grand nombre d'intermittents, et beaucoup d'autres, il peut arriver à la fois qu'ils ne soient jamais internés, et que cependant le caractère pathologique de leurs désordres soit officiellement établi. Tel sera le cas si récemment ils ont été, à propos d'un délit quelconque, déclarés par une expertise irresponsables, s'ils ont subi des cures pour morphinomanie, etc. Leurs principaux actes sont dès lors couverts par l'étiquette morbide, et ne peuvent plus être utilisés pour un divorce.

Lorsque le sujet dégénéré se trouve à limite entre les états délirants et l'état viable, c'est-à-dire lorsque l'aliéniste peut avec des raisons égales le laisser en liberté ou l'interner, cette incompatibilité de la maladie mentale et du divorce engendre des dilemmes singuliers. *Ou bien l'individu amoral, excitable, susceptible de tuer, sera interné, et alors le martyr subi par son conjoint sera, au point de vue divorce, non avenu ; ou bien, pour permettre au conjoint le divorce, nous renonçons à l'internement, et alors, jusqu'à ce que le divorce soit prononcé, ni le conjoint ni la société ne seront protégés contre des violences.* Ces cas sont extrêmement fréquents dans la pratique de notre Infirmerie Spéciale. Une femme demande que son mari, qui l'a menacée très sérieusement, soit interné ; d'autre part, elle nous apprend qu'elle demande le divorce : nous sommes obligés de lui répondre en termes plus ou moins déguisés : « Vous ne pouvez obtenir ensemble cet internement

et le divorce; il faut opter. — Lorsqu'il sera sorti, demande la femme, pourrai-je obtenir le divorce? — Pas pour les faits que vous venez de me dire. — Il a voulu me tuer. — Attendez qu'il recommence. — Je préfère qu'on ne l'interne pas et divorcer. — Alors c'est demain qu'il peut vous tuer. » Autrement dit, la femme est obligée d'opter *entre sa sécurité immédiate et sa sécurité de l'avenir.*

Depuis la séance du 25 novembre, ce cas s'est représenté devant moi, avec une netteté absolue, au moins deux fois. Dans un des cas, la femme m'a dit en propres termes : « Mon mari voudra revenir avec moi, parce que c'est moi seule qui travaille. Si je ne dépose pas une demande en divorce, il peut légalement *mé forcer à rentrer chez lui.* Si je dépose une demande en divorce, où habiterai-je? *Mon père ne veut plus me recevoir, parce qu'il a peur de mon mari;* mon père a même déménagé à cause de lui. Mon mari saura partout me retrouver, et me menacera du revolver. *Il faudrait pouvoir divorcer pendant qu'on le tient* (sic). Autrement, je suis sûre d'un coup de revolver. Si vous ne pouvez le garder longtemps, autant retourner de suite avec lui. Lorsque je l'aurai fait interner, il sera bien plus dangereux pour moi, et je n'aurai plus de quoi divorcer. »

Ces phrases sont justes. Les mêmes causes qui rendent nécessaire l'internement rendent nécessaire aussi le divorce dans nombre de cas; et, d'autre part, le moment le plus favorable à l'introduction de la procédure serait celui de l'internement. Le temps de la séquestration expiré, l'ex-interné a un motif de rancune en plus contre son conjoint, qui est désarmé.

Lorsque le cas que nous venons d'indiquer se présente chez un ménage jeune, il arrive fréquemment que la femme cède à la tentation de pardonner, parce que la solitude l'effraie, parce qu'elle s'était mariée contre le gré de ses parents, parce qu'elle ne veut pas se priver des plaisirs conjugaux et se refuse à prendre un amant, etc. Il en résulte qu'elle nous demande de remettre en liberté son mari et retourne près de lui. Mais elle n'agirait pas ainsi, s'il lui était possible d'obtenir une solution *rapide et nette* : internement avec divorce. En l'obligeant à hésiter et à attendre, la loi lui

impose une lutte au-dessus des forces moyennes, elle préfère alors désarmer. Quelques semaines plus tard, elle redemande le divorce, et cette fois il lui reste un enfant sur les bras.

La loi et l'opinion exigent qu'un conjoint donne des soins à son conjoint malade : « les deux conjoints se doivent assistance et protection » ; ce devoir est la raison majeure qu'on nous oppose. Mais on ne saurait assimiler un aliéné à un fébrile ou cancéreux. Dans une grande majorité de cas, l'aliéné n'est en état de recevoir de sa famille aucun soin physique *ni moral*. La plupart des persécutés ont pris en haine leur entourage, les amoureux de même ; de même un grand nombre d'excités ; les diverses sortes d'affaiblissement intellectuel rendent inutiles les prévenances morales de ce qui a été l'entourage de l'interné. Sur cent internés, combien en compte-t-on qui retirent des visites de leurs proches une joie *morale* ? certainement une minorité. Beaucoup d'aliénés reçoivent leur femme ou leur époux par des injures, consentant seulement (et encore pas constamment) à recevoir d'eux des friandises. Est-ce pour un pareil résultat que la loi doit immobiliser une unité sociale utile ?

Hors de l'asile, nombre d'aliénés guéris, nombre de déséquilibrés notoires sont encore incapables de retirer un profit *moral* des attentions de leur entourage. Plus les parents ou alliés sont proches, plus il y a de chances pour que l'aliéné les déteste. L'époux ou l'épouse sont presque constamment les dernières des personnes au monde par qui un grand toxicomane, un amoral, un intermittent présentant des bizarreries dans ses périodes intercalaires, se laisseront donner des conseils et près de qui ils pourront ressentir un réconfort. Ce sont là des faits que le législateur ne peut prévoir ; notre devoir est de les proclamer.

Et d'ailleurs une législation sévère ne suffit pas pour inspirer l'esprit de devoir ; elle n'en donne que les apparences. Parmi les femmes et les époux d'aliénés, une forte proportion vit en concubinage. Lorsque j'étais interne d'un asile suburbain, j'ai vu beaucoup d'épouses rendre visite fidèlement à leurs maris, mais escortées par leur amant, lequel entraînait ou

n'entraîne pas dans la maison. De tels couples s'abstiennent d'engendrer, et portent en eux des dangers de drame; au cas de divorce entre la femme et l'interné, nombre d'entre eux deviendraient légitimes; l'ordre public y perdrait-il?

Un argument de nos adversaires est que, de la part d'un individu morbide, les sévices ou les grossièretés ne résultent pas d'un libre-arbitre; cet argument me paraît manquer à la fois de psychologie, de sens pratique et de sens juridique. De psychologie, parce que le conjoint se regarde non pas *comme offensé*, mais *comme lésé*. De sens pratique, parce que ce conjoint tient moins de compte des coups qu'il a reçus que de ceux qu'il peut recevoir encore. De sens juridique, parce qu'il est classique de séparer l'Imputabilité Criminelle de la Responsabilité Civile. Le délinquant irresponsable est tenu de réparer, au civil, les dommages causés. Dans nos cas, la sanction civile c'est le divorce.

Des juges tentent de tourner la loi en considérant une ivresse comme une injure faite au conjoint. De même ils distinguent les sévices ou les insultes en celles qui ne sont pas offensantes, et en celles qui sont offensantes. La clinique ne saurait admettre ces distinctions. L'appétence pour les toxiques et la réaction exagérée aux toxiques sont, pour nous aliénistes, des preuves de morbidité. De même nous reconnaissons *la mentalité* alcoolique ou morphinique, ou encore *le cachet* maniaque ou amoral, dans des actes qui semblent réfléchis. Bien plus, chez des individus censés normaux, bien des troubles de caractère, jugés banals, marquent pour nous des *diathèses larvées*. Les troubles légers et les troubles graves sont de même ordre, ou d'ordres voisins; leur seule grande différence réside dans l'évidence plus ou moins nette du diagnostic. Si donc l'aliénation s'oppose à ce qu'un divorce soit prononcé, nous arrivons dans la pratique à cette conclusion surprenante, *que d'un conjoint très légèrement dégénéré on est admis à se libérer, mais qu'on doit rester uni toute sa vie à un dégénéré profond*.

Je résumerai ainsi les jugements qui précèdent :

1° Le critérium de la nocivité d'un aliéné ne réside pas dans la durée de la crise délirante. La guérison de



la crise délirante ne prouve pas que l'individu ait cessé d'être grandement nuisible à sa famille, à la société et à la race;

2° L'assistance *morale* du conjoint aliéné par son conjoint est dans le plus grand nombre des cas impraticable et illusoire;

3° Les mêmes causes qui entraînent ou ont entraîné l'internement comportant d'ordinaire cette présomption qu'un divorce pourrait être utile, il est au moins juste que les faits d'aliénation n'apportent pas obstacle au divorce;

4° *La société a intérêt au divorce des dégénérés. L'avenir de la race n'a pas, jusqu'ici, été pris suffisamment en considération par le législateur.*

M. BRIAND. — Une telle question soulève de grosses difficultés, et il nous répugnera toujours, à nous médecins, de sanctionner par un certificat une mesure prise en somme contre un malade. Dans certains cas où l'état mental d'un conjoint rend la vie commune intolérable, ne peut-on tourner la difficulté, admettre par exemple qu'il y a eu erreur sur la personne? Chaque espèce mérite une étude approfondie; il serait probablement dangereux d'admettre que la folie soit considérée comme une cause légale de divorce.

M. DUPRÉ. — On peut objecter à M. Briand que, qui dit divorce ne dit pas abandon. Un des projets de loi qui étaient cités tout à l'heure prévoyait que l'assistance de l'aliéné incomberait au conjoint bien portant, celui-ci ayant d'autre part acquis le droit de fonder un nouveau foyer: on se préoccupe trop peut-être, dans l'étude de pareilles questions, de l'infirme, de la non-valeur sociale qu'on protège, ce qui est bien, mais au détriment des gens bien portants, ce qui est moins bien. A l'appui de ce que disait tout à l'heure M. de Clérambault, je puis citer l'exemple d'un malheureux ménage dans lequel, la femme amoral, hypomaniaque et érotique mène une existence déréglée et se livre à la prostitution, désintéressée, si l'on peut ainsi dire.

Le mari hésite à se séparer d'elle: je lui conseille en tout cas, s'il veut se réserver l'issue de la séparation, de ne jamais se prêter à une tentative d'internement, car l'internement ne serait que provisoire et rendrait ensuite

le divorce impossible : il ne faut pas que l'aliénation mentale soit constamment un obstacle au divorce si l'on n'admet pas qu'elle devienne une cause de divorce.

M. FILLASSIER. — Je répondrai à M. Briand que nous avons envisagé, M. Juquelier et moi, l'argument tiré de l'erreur sur la personne. Nous y avons renoncé, car il n'y avait pas là de solution pratique : l'erreur sur la personne, considérée au point de vue qui nous occupe a donné lieu de la part des tribunaux à des théories si nombreuses, toutes appuyées de jugements et d'arrêts multiples, qu'il ne nous a paru possible de faire état de ce moyen et de le conseiller aux plaideurs.

Nous indiquerons toutefois un jugement de 1844, si mes souvenirs sont précis, qui admit l'erreur sur la personne dans l'espèce suivante : un mari, le soir même de ses noces, au cours d'un raptus épileptique, et à la fin du repas, tua son beau-père ; le tribunal prononça l'annulation pour cause d'erreur sur la personne.

M. Dupré a très heureusement indiqué qu'aux termes de l'une des propositions de loi, celle de M. Colin, le divorce d'un aliéné n'aura pas pour résultat de le livrer à l'abandon : le devoir d'assistance du conjoint subsistera.

Mais à côté des cas où l'incurabilité tient une si large place dans les préoccupations du législateur, il faut retenir les cas où l'époux se révèle déséquilibré, inapte à la vie conjugale, adonné à tous les vices.

Faudra-t-il, parce qu'il a présenté des troubles de l'esprit à la suite de ses excès, repousser la demande de divorce de l'autre conjoint ?

L'aliénation dès lors, comme l'ont dit MM. Dupré et de Clérambault, devient un obstacle au divorce. C'est malheureusement ce qui se produit trop souvent, et les avocats en sont réduits, dans ces espèces, à masquer par tous les moyens les manifestations d'un état mental morbide, car si l'aliénation était soupçonnée des juges, le conjoint requérant verrait son action irrémédiablement repoussée.

M. BRIAND. — Enfin, si l'on admettait que l'aliénation peut être une cause de divorce, il faudrait s'arrêter à une solution qui empêche tout au moins le demandeur de tirer argument de son état mental pour demander le

divorce. On peut s'attendre à toutes les extravagances, et il ne faudrait pas qu'un déséquilibré pût dire : « Je veux divorcer parce que je suis fou. »

M. DE CLÉRAMBAULT. — J'appelle encore l'attention sur ce point particulier que si l'on veut quand même considérer l'incurabilité de la folie comme point de départ d'une instance en divorce, il faut savoir chercher l'incurabilité ailleurs que dans les cas nécessitant l'internement.

Certains aliénés sont inaptes à la vie conjugale en dehors même des accès qui les privent de leur liberté.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.

## SÉANCE DU 27 MARS 1911

Présidence de M. SÉRIEUX.

MM. Delmas, Levassort, Perpère, Rayneau, Wahl, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture du procès-verbal de la séance précédente.

### *A propos du procès-verbal.*

M. VALLON. — Le secrétaire vient de lire que M. Colin avait dit : « Il est regrettable que le Bureau — nouveau et par suite inexpérimenté — n'ait pas, comme il lui appartenait de le faire, soulevé d'objection. » A ce moment, j'ai fait remarquer que si, en effet, M. Sérieux était nouveau président, M. Ritti était secrétaire général depuis vingt-six ou vingt-sept ans. Le Bureau n'était donc pas absolument nouveau.

M. GILBERT BALLEZ s'étonne et s'afflige que la Société ait jugé à propos de revenir sur son vote de janvier et qu'elle ait réduit le nombre des places mises à l'élection au moment même où il y a des candidats nombreux qui, par leur situation, leurs travaux, leur honorabilité professionnelle, sont dignes à tous égards

d'en faire partie et qu'elle devrait être impatiente de s'agréger.

Il craint que le vote de février, insuffisamment motivé, ait été inspiré par des raisons qu'on n'a pas avouées. Il estime qu'il serait très fâcheux pour la Société qui est et doit rester exclusivement scientifique, qu'on s'y ressentit des passions et des querelles qui au dehors peuvent diviser les aliénistes, querelles que pour sa part il veut ignorer et auxquelles il s'est fait un devoir de rester étranger. Il fait appel à l'union et à l'entente dans l'intérêt du bon renom et de la prospérité de la Société médico-psychologique.

M. VALLON. — J'apporte des faits précis. M. Boissier a dit au cours de la dernière séance : « J'ai toujours vu réserver des places à la Société médico-psychologique. » En effet. En consultant les *Annales médico-psychologiques* de ces trois dernières années, j'ai trouvé qu'au 1<sup>er</sup> janvier 1909, il y avait sept vacances. Trois collègues sont morts en 1909. Un autre a demandé l'honorariat. Pour dix vacances, il y eut une seule élection. En 1910, il y eut un décès et quatre nominations. Il restait donc au début de 1911, sept places à pourvoir. Trois membres titulaires ont été nommés. Comme il ne manquait pas de candidats de valeur, j'ai proposé qu'on déclarât la vacance des quatre autres places. C'est alors qu'a pris naissance l'incident actuel. Si M. le Secrétaire général a de bonnes raisons pour résister à cette déclaration de vacances, qu'il les fasse connaître. Il me semble pourtant qu'il est inutile de réserver autant de places.

M. COLIN. — M. Vallon a été président de la Société : il lui appartenait à ce moment de critiquer cette manière de faire.

M. VALLON. — En 1909, je n'étais pas président, et c'est seulement au commencement de la présente année que, par la motion de M. Deny, j'ai appris qu'il y avait sept vacances.

M. COLIN. — Il appartenait au président de faire les remarques utiles ; mais dans une séance en comité secret du Conseil d'administration, et non en séance publique. Toutes ces questions d'ordre intérieur regardent le Bureau et ne devraient pas être discutées à cette heure.

M. GILBERT BALLEZ. — Je m'associe à cette dernière remarque de M. Colin.

M. COLIN. — J'ajoute que j'ai fait des réserves à la proposition de M. Vallon dès que cette proposition a été présentée.

M. ARNAUD. — A la séance de janvier, quand M. Vallon a demandé qu'on déclarât la vacance de la totalité des places disponibles, M. Colin a exprimé l'avis qu'il pouvait être bon de réserver une ou plusieurs places. Toutefois M. Colin n'a pas insisté, je fais appel à ses souvenirs, et, quand le président a demandé si quelqu'un encore désirait prendre la parole sur la motion de M. Vallon, personne n'est intervenu.

On ne peut pas dire qu'il n'y a pas eu de contre-épreuve au vote dont il s'agit ; c'est une question de bonne foi. Si la contre-épreuve n'a pas eu lieu dans la forme consacrée, suivant le rituel, elle a eu lieu en fait.

Après ces observations, le procès-verbal est adopté.

### *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Camus et Dupouy qui retirent leur candidature aux places de membres titulaires ;

2° Une lettre de M. le D<sup>r</sup> Barbé qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Gilbert Ballet, Dénv et Vurpas, rapporteur ;

3° Des lettres de MM. Roth et Serbski, de la Faculté de Moscou, qui remercient la Société du grand honneur qu'elle leur a fait en leur donnant un témoignage d'estime et de sympathie.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Du pronostic et de la thérapeutique de la paralysie générale* ; — *Clinique des troubles mentaux artério-scléreux* ; — *Des états psychopathiques limités chez les enfants* ; — *Un nouveau progrès de la thérapeutique des maladies nerveuses et mentales* ; par M. Pilcz ;

2° *Du crime passionnel* ; par M. Ed. Stransky.

*Rapports de candidatures.*

M. TRENEL. — Messieurs, j'ai l'honneur, au nom d'une Commission composée de MM. Arnaud, Denys, Lwoff, Magnan, Trénel, de vous présenter le rapport sur les candidatures aux places de membre titulaire de la Société médico-psychologique. Les candidats se présentent à vos suffrages avec des titres égaux. Quoique les uns et les autres, membres correspondants de notre Société, n'aient jusqu'ici que rarement songé à profiter de la faculté d'aborder votre tribune, ils n'en sont pas moins connus de vous, autant par leur ancienneté dans la pratique de l'aliénation mentale que par leurs publications scientifiques. La plupart d'entre eux ont d'ailleurs été lauréats des prix de notre Société.

Il serait trop long d'énumérer en détail les travaux de nos collègues; nous nous bornerons à indiquer les tendances particulières de chacun.

M. Bonnet s'est plus spécialement occupé des questions d'assistance familiale et de la cure de désintoxication. M. Riche a principalement produit d'importants travaux d'anatomie pathologique. M. Mignot a collaboré à plusieurs traités bien connus. M. Charpentier a à son actif de multiples articles, surtout cliniques. Tous ces auteurs ont fait preuve d'une égale compétence en médecine mentale et se présentent à vos suffrages pour ainsi dire sur un même rang.

La Commission pense devoir rappeler cependant que sont membres correspondants de la Société :

M. Bonnet, médecin chef de service des asiles de la Seine, depuis le 25 janvier 1892.

M. Mignot, médecin chef de service de la Maison nationale de santé de Charenton, depuis le 26 juin 1905.

M. Riche, médecin chef de service à l'hospice de Bicêtre, depuis le 25 février 1907.

M. Charpentier, médecin adjoint des asiles, ancien chef de clinique de la Faculté, depuis le 30 décembre 1907.

Nous ne doutons pas que tous ne tiennent dorénavant à honneur de participer de façon vraiment active à vos travaux.

Il est procédé au scrutin.

Sur 40 votants, obtiennent :

MM. Mignot . . . . .	36	voix.
Bonnet. . . . .	32	—
René Charpentier . . . .	18	—
Riche . . . . .	1	—

En conséquence, MM. Mignot et Bonnet sont élus membres titulaires.

M. DUPRÉ. — Quand la Société compte-t-elle déclarer la vacance des deux places qui restent ?

M. M. PIÉRON. — Le Bureau portera cette indication à l'ordre du jour.

M. PACTET. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter le rapport de la Commission que vous avez nommée pour examiner les titres scientifiques de M. le D<sup>r</sup> Conso qui désire devenir membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Après avoir terminé à Paris les études de médecine générale qu'il avait commencées à Lyon, M. Conso se spécialisa en psychiatrie et prit part au concours de l'internat des asiles de la Seine. Pendant trois ans, il remplit les fonctions d'interne à l'asile de Villejuif et à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Au cours de cette période, il recueillit les documents cliniques qui devaient lui servir à la rédaction d'un important mémoire sur la pseudo-paralysie générale arthritique dont il fit le sujet de sa thèse.

C'était faire preuve d'un sens clinique très averti que de s'attacher à la recherche des conditions qui président à la manifestation du syndrome paralytique et de s'engager, à la suite de Klippel, dans une voie qui, éclairée par le double enseignement de la clinique et de l'anatomie pathologique, conduit à la conception des méningo-encéphalites diffuses la plus conforme aux lois de la pathologie générale.

« Les travaux de Klippel, dit-il dans ce travail, tendent à élargir les limites trop étroites de la maladie de Bayle. En admettant, non plus une paralysie générale, mais des paralysies générales, absolument comme on admet des pleurésies, des endocardites, etc., il introduit dans la psychiatrie la notion du « syndrome para

lytique » susceptible de se rencontrer dans diverses affections cérébrales, pourvu que ces affections déterminent la production de lésions diffuses.

« L'aphasie, l'hémiplégie, l'hémianopsie, l'épilepsie jacksonienne n'impliquent pas des maladies différentes dans tel ou tel département cérébral ; de même le syndrome clinique de la paralysie générale est commun à des maladies différentes, mais de même siège anatomique. »

C'est ce principe directeur qui le conduisit à rechercher les cas où la symptomatologie de la paralysie générale se rencontrait chez des malades âgés présentant des signes d'artério-sclérose généralisée, de façon à établir qu'ils constituent une forme clinique, anatomique, étiologique et pathogénique *absolument spéciale* qui doit être dégagée des autres variétés.

Il réussit ainsi à réunir un certain nombre d'observations où l'histologie révéla dans les centres encéphaliques des lésions dégénératives dues à l'athérome, à l'exclusion de toute diapédèse inflammatoire.

Ce sont les faits de cet ordre qui légitiment l'existence de la pseudo-paralysie générale arthritique.

Dès qu'il eut terminé son internat, M. Conso fut appelé comme médecin dans la maison de santé du docteur Meuriot. C'est dans ce milieu éminemment favorable aux observations longtemps poursuivies qu'il continue à amasser des documents cliniques servant de base à des travaux qui seront très prochainement publiés.

Je dois dire aussi que, bien qu'il fût en fonctions depuis plusieurs années, il tint à subir le concours de l'adjurat au moment où celui-ci fut institué pour les médecins qui, à l'avenir, se destineraient à la direction de maisons de santé privées.

Je signalerai encore, en terminant, deux articles qu'il fit paraître dans les périodiques médicaux sur l'alimentation artificielle chez les aliénés et où il indique un perfectionnement de cette délicate technique.

Messieurs, votre Commission a estimé qu'en accordant à M. Conso le titre de membre correspondant, la Société médico-psychologique s'attacherait un collaborateur des plus distingués ; aussi vous propose-t-elle de lui donner vos suffrages.



M. Conso est élu membre correspondant à l'unanimité des votants.

M. SEMELAIGNE. — Messieurs, vous avez confié à une Commission, composée de MM. Legras, Magnan et Semelaigne, le soin de vous présenter un rapport sur la candidature du D<sup>r</sup> Aleardo Salerni, qui sollicite le titre de membre associé étranger. Interne à la clinique psychiatrique de Padoue, médecin adjoint aux manicommes de Ferrare et de Venise, le D<sup>r</sup> Aleardo Salerni a été nommé, en 1908, médecin en chef du manicomme provincial de Vérone. Il est l'auteur d'un grand nombre de revues, articles et brochures, dont il n'est guère possible de donner un résumé, même succinct, dans les limites étroites d'un rapport de candidature. Je me bornerai donc à citer quelques-uns d'entre eux :

*Des rapports de la folie maniaque dépressive et de la démence primitive;*

*De la démence primitive simple;*

*Du symptôme de désorientation;*

*Des rapports des fonctions menstruelles et des maladies mentales;*

*L'acide formique en médecine mentale;*

*De la neurasthénie comme prodrome de la démence précoce;*

*De la respiration périodique dans quelques états psychopathiques;*

*De la catatonie;*

*Contribution à l'étude de la folie morale;*

*Rupture spontanée du cœur chez une démente pellagreuse;*

*Du tracé myographique du réflexe rotulien dans la démence précoce et d'autres psychopathies.*

Messieurs, votre Commission, appréciant à leur juste valeur les travaux du D<sup>r</sup> Aleardo Salerni, vous demande de lui accorder le titre de membre associé étranger.

M. Aleardo Salerni est élu, à l'unanimité des votants, membre associé étranger.

## Les aliénés au Maroc (1),

par MM. LWOFF et P. SÉRIEUX.

Les ministres de l'Intérieur et de l'Instruction publique nous ont fait l'honneur de nous charger d'une mission à l'effet d'étudier les maladies mentales et l'assistance des aliénés au Maroc. Nous avons trouvé auprès de M. Regnault, ministre de France au Maroc, un accueil des plus bienveillants et un appui qui a puissamment favorisé notre tâche. Au cours de notre enquête (mars-juin 1910), nous avons pu nous convaincre que, faute de documents et d'informations précises, les idées communément admises sur la question des aliénés dans les pays musulmans sont, pour la plupart, erronées. C'est ainsi qu'on répète que, pour les musulmans, tous les aliénés sont des « saints », et qu'on affirme que leurs conceptions religieuses des maladies de l'esprit les rendent réfractaires à l'idée du traitement médical des aliénés. Il n'en est rien.

*I. — Les aliénés dans la civilisation musulmane. — Causes de leur condition actuelle au Maroc.*

S'il est exact que l'assistance et le traitement des maladies mentales sont, pour ainsi dire, inexistantes au Maroc (ainsi d'ailleurs que l'assistance médicale des malades de toute catégorie), la faute en est, non à une prétendue antinomie entre l'Islam et le traitement médical des maladies mentales, mais uniquement à l'état de décadence dans lequel se trouve depuis longtemps le Maroc. Les rébellions permanentes des tribus, les guerres civiles fomentées par les prétendants, les soucis créés par les tendances envahissantes des puissances étrangères absorbent toute l'activité du gouver-

---

(1) Cette communication est extraite du rapport de la mission dont ont été chargés MM. Lwoff et Sérieux par les ministres de l'Intérieur et de l'Instruction publique.

nement chérifien. L'insuffisance des ressources, l'insécurité du lendemain, l'anarchie, en un mot, qui règne dans le pays, expliquent l'indifférence d'un pouvoir central précaire pour toutes les questions d'assistance publique. Ajoutons que la disparition, depuis plusieurs siècles, de tout enseignement médical, ainsi que des foyers de culture intellectuelle qu'étaient, jadis, les grandes écoles du monde musulman, a laissé s'effacer les notions scientifiques concernant les maladies mentales et leur traitement. Le champ est resté libre pour les superstitions des primitifs. C'est donc à des causes d'ordre sociologique, et non religieux, qu'est due, pour nous, la condition actuelle des aliénés au Maroc.

L'histoire de la civilisation musulmane nous apprend, d'ailleurs, que l'Islam ne s'est nullement désintéressé des soins à donner aux aliénés. A une époque où, en Europe, les maladies mentales étaient encore considérées comme d'origine surnaturelle, les médecins arabes, héritiers des médecins grecs, avaient de ces troubles une notion plus exacte. Il semble bien que ce sont les souverains arabes qui ont été les premiers à créer des établissements spéciaux pour les aliénés (Egypte, Maroc, Espagne). Il est même très probable que c'est par l'intermédiaire des asiles créés par les musulmans en Espagne que l'idée de l'assistance des aliénés s'est propagée ultérieurement dans le reste du monde chrétien. Actuellement, il est vrai, on ne trouve plus trace au Maroc des connaissances psychiatriques que possédaient les médecins célèbres des Califes de Bagdad, du Caire et de Cordoue. Il n'existe plus ni médecins ni hôpitaux dignes de ce nom. L'enseignement de la médecine a disparu. C'est en vain qu'on en cherche une survivance quelconque dans la fameuse Université de Karaouinin, à Fez, qui est de nos jours, après l'Université arabe du Caire, le centre d'enseignement supérieur le plus réputé et le plus fréquenté de l'Islam. Ne nous étonnons donc pas si des notions exactes sur les maladies mentales et sur l'assistance médicale des aliénés — ainsi que des autres malades — ont disparu totalement, au cours d'une déchéance qui se poursuit depuis plusieurs siècles, et dont seule peut-être une intervention extérieure pourra enrayer la marche fatale.

## II. — *Condition actuelle des aliénés au Maroc.*

Notre enquête a pu, grâce à l'intervention de M. Regnault (1), être poursuivie dans les prisons et les *moristans* de Tanger, Arzila, Larache, El-Ksar, Fez, Rabat, Salé, Casablanca. Les visites que nous avons faites et les informations que nous avons recueillies dans les milieux les plus divers nous ont montré que l'assistance des aliénés est, au Maroc, très rudimentaire. Le plus grand nombre des malades vivent en liberté ; il en est qui sont séquestrés dans leur famille ; d'autres sont détenus dans des prisons ; d'autres, enfin, sont hospitalisés dans les *moristans*. Examinons successivement ces diverses catégories.

A. — Les aliénés qui sont — ou paraissent — inoffensifs errent en liberté, mendient dans les marchés, dorment en plein air. Ils sont vêtus de haillons, parfois à moitié nus ; on en rencontre même, hommes et femmes, dans un état de nudité complète. Ces aliénés vagabonds ne sont pas maltraités, et ceux qui manifestent des idées mystiques deviennent même — comme dans d'autres pays — l'objet de la vénération de la foule. Ce sont ces « saints » qui, vivant sur la voie publique, ont seuls jusqu'ici attiré l'attention des voyageurs ; ainsi ont pris naissance ces légendes, répandues en Europe, que l'aliéné, en pays musulman, est toujours considéré comme un saint et que la question de son traitement et de son internement ne saurait être posée. Ajoutons que ces aliénés prétendus inoffensifs peuvent devenir agressifs ; ils constituent en réalité un danger social permanent.

B. — Un certain nombre de malades sont gardés dans leur famille, étroitement séquestrés, souvent attachés et maltraités, comme la chose arrive parfois chez nous dans les mêmes conditions.

C. — Les aliénés qui ont commis des actes dange-

---

(1) Nous aurons l'occasion de dire ailleurs combien nous ont été précieux aussi l'aide et l'appui bienveillant de M. de Billy, de M. de Beaumarchais, de la légation de France, et de M. Gailard, consul à Fez.

reux sont, en général, placés en prison, que leur maladie mentale soit avérée ou, au contraire, reste méconnue (1). Ces malades sont emprisonnés, pour une durée illimitée, dans les conditions d'hygiène les plus déplorables et demeurent confondus avec les criminels de droit commun. Ils ne reçoivent comme nourriture qu'un pain ou deux par jour, à moins que leur famille ne subviennne à leurs besoins. Certains sont entravés à l'aide d'une barre de fer pesante qui relie deux anneaux rivés aux chevilles; d'autres ont le cou chargé d'un énorme collier de fer auquel est fixée une lourde chaîne qui les unit à leurs compagnons de captivité, les criminels. Les maladies, les épidémies sévissent cruellement dans ces sinistres geôles. Jamais un médecin n'y pénètre.

D. — Enfin, d'autres aliénés sont hospitalisés dans les *moristans*. Ces établissements de bienfaisance, annexés à une mosquée ou au tombeau d'un saint, sont à la fois des sortes d'hôpitaux, d'asiles, de refuges, où l'on recueille les malheureux de toutes catégories : malades, aliénés, indigents, vagabonds, etc. Ils sont entretenus par des fondations pieuses. Avant d'aboutir aux *moristans*, les aliénés sont souvent soumis à des procédés de traitement qui ne sont guère que des rites de magie sympathique, démoniaque ou coranique, ou des pratiques magico-médicales, ayant toutes pour but l'expulsion des démons. Loin d'être, en effet, considérés comme inspirés par Dieu et intangibles, nombre d'aliénés sont tenus pour possédés (*mejnoûn*), ou pour victimes de pratiques magiques de sorcellerie. On consulte, non pas le médecin (*toubib*) qui guérit par des drogues, mais un *taleb* (lettré, étudiant, instituteur), qui recommande des incantations, des fumigations, donne un talisman, etc. On fait venir des nègres (*gnaouïa*) ayant la spécialité d'exorciser les démons qui produisent la folie. On conduit le malade — comme il arrive encore chez nous — en pèlerinage au tombeau de saints réputés dont la *baraka* (grâce divine, pouvoir surnaturel) fait des cures miraculeuses et rend la raison

---

(1) Notons qu'il arrive que certains aliénés qui ont commis des actes criminels sont tués par les parents de la victime de leur délire.

en expulsant les *djinns*. A Fez, par exemple, on mène les aliénés faire une sorte de neuvaine au tombeau (*zaouïya*) de Sidi Harazem, saint qui jouit d'un pouvoir reconnu sur les démons.

Il est probable que les moristans ont pris naissance auprès des tombeaux des saints ou des mosquées, par suite de la nécessité d'héberger les pèlerins accourus pour demander la guérison, et aussi ceux que le pouvoir miraculeux n'a pas guéris.

Le plus intéressant de ces moristans, car il a été expressément consacré aux aliénés, est celui de Fez (Sidi Fredj), qui a cinq siècles d'existence. Un auteur arabe, Léon l'Africain, a donné, vers l'an 1500, une description intéressante de ce moristan. Grâce à l'intervention du consul de France, M. Gaillard, nous avons pu obtenir du Sultan la permission de pénétrer dans le moristan de Fez, où aucun Européen, croyons-nous, n'avait jusqu'ici été admis. Rien n'y a changé depuis l'an 1500. C'est, à proprement parler, une prison d'aliénés plutôt qu'un hôpital ; les malades ne reçoivent aucuns soins médicaux. Une quinzaine d'aliénés (la ville de Fez a plus de 100.000 habitants) y vivent dans des cellules situées au rez-de-chaussée d'un bâtiment dont le premier étage sert de prison de femmes. Mal vêtus et mal nourris, ces malades ont, pour la plupart, au cou un lourd collier de fer auquel est attachée une chaîne scellée au mur. A côté d'eux, quelquefois dans la même cellule, se trouvent des fiévreux, des contagieux. Jadis on faisait venir, chaque vendredi, des musiciens dans le but de distraire les malades ; actuellement, ces distractions sont devenues plus rares, les sommes destinées à cet usage restant parfois entre les mains des intermédiaires.

Il existe des moristans analogues, mais moins spécialement affectés aux aliénés, à Tanger, Casablanca, Mogador. Nous avons visité les deux premiers qui peuvent contenir une vingtaine de malades. Le moristan de Tanger, annexé à la grande mosquée, est dans un état déplorable. Celui de Casablanca est situé auprès du sanctuaire (*Koubba*) de Sidi Belliôt, patron de la ville, chérif vénéré qui avait le don d'ubiquité, fascinait les animaux et se promenait entouré de lions. L'eau qui tombe dans la *koubba* jouit de propriétés merveilleuses.

Le moristan se compose d'une vaste cour sur laquelle ouvrent directement les cellules des malades. Un moristan, fondé en 1562, existe à Marrakech. Il serait, comme celui de Fez, plus particulièrement réservé aux aliénés. Dans aucun de ces moristans, même dans celui de Casablanca, il n'y a de service médical.

### III. — *Projet d'assistance des aliénés indigènes.*

La statistique comparée permet d'évaluer le nombre des aliénés au Maroc à 15 ou 20.000 (pour une population de 8 à 10 millions) (1). Presque tous sont en liberté. Comme ailleurs, ces malades ont à leur actif de nombreux actes antisociaux ; il est vrai que l'opinion ne s'émeut guère des méfaits dus à ces sujets et les accepte, à tort, comme inévitables. Ce fatalisme, s'il convient aux Orientaux, ne peut se concilier avec les exigences de la civilisation moderne et avec la sécurité des personnes.

On ne saurait exagérer le rôle des aliénés, en pays musulman, comme perturbateurs de l'ordre public. Dans nos pays, où cependant une grande partie de ces malades sont internés, la presse rapporte, chaque jour, les attentats de toute nature commis par des aliénés en liberté. Nombreux sont aussi ces « demi-fous », ces déséquilibres et dégénérés de toute espèce qui forment l'élément agressif, violent, malfaisant de tous les mouvements populaires. Il est du devoir de ceux qui savent l'importance de l'hygiène et de la prophylaxie sociales dans la vie d'un peuple de chercher à connaître, afin de les éliminer et de les soigner, ces diverses catégories d'anormaux.

Il importe donc d'organiser l'assistance des aliénés au Maroc, comme les Anglais l'ont fait aux Indes et en Egypte, et les Hollandais aux Indes néerlandaises (2).

(1) En Egypte, pour une population de 11 millions, on estime à 30.000 le nombre des aliénés ne pouvant être soignés chez eux.

(2) Avant l'occupation anglaise (1882), l'assistance des aliénés était rudimentaire en Egypte. Le gouvernement anglais a fait construire deux asiles, l'un à Abbassieh, pour 1.000 malades, l'autre à Khanka, pour 600 malades.

Dans un projet d'organisation de l'assistance des aliénés indigènes, il faut tenir compte, en premier lieu, de l'absence complète des ressources nécessaires pour créer de véritables asiles d'aliénés, et, en second lieu, des préjugés d'une population peu éclairée, en général portée à voir d'un mauvais œil les innovations venant de l'étranger (1). Aussi nous a-t-il paru qu'il convenait d'utiliser dans la plus large mesure possible les organisations de bienfaisance actuellement existantes. Partout où il y a des moristans recevant des aliénés, il serait facile, à notre avis, de charger les médecins des dispensaires ou hôpitaux français de l'inspection médicale de ces asiles (2). Les soins à donner aux malades ordinaires, les mesures à prendre contre les maladies contagieuses justifieraient, aux yeux des autorités marocaines et de la population, une organisation de ce genre. Les médecins pourraient ainsi s'occuper et des malades de toute espèce, jusqu'ici privés de secours médicaux, et aussi des malheureux aliénés, sans que cette intervention puisse choquer la susceptibilité des Marocains qui sont habitués aux soins de nos médecins. La chose pourrait être entreprise, à titre d'essai, au moristan de Sidi Bellioût, à Casablanca, puis aux moristans de Tanger et de Fez. On disposerait ainsi de trois quartiers d'aliénés pour les indigènes, et l'on pourrait ainsi briser, dans un avenir peu éloigné, les chaînes, les entraves et les colliers dont sont chargés des malades dignes de pitié.

Une inspection médicale des prisons rendrait aussi des services : en premier lieu, elle assurerait à des prison-

---

(1) Il convient cependant de ne pas exagérer l'importance de cette dernière difficulté. On est frappé de voir combien les soins des médecins européens sont appréciés par tous, au Maroc, depuis le Sultan jusqu'aux nomades des tribus. D'ailleurs, au cours du XVII<sup>e</sup> et du XVIII<sup>e</sup> siècles, les Franciscains espagnols ont installé des hôpitaux dans toutes les villes importantes du Maroc, y compris Fez et Mequinez. Les indigènes ne manqueront pas, nous en sommes convaincus, d'être frappés des heureux résultats du traitement des maladies mentales aiguës.

(2) Il y a, dans chaque ville importante du Maroc, un ou deux médecins français, rétribués par le ministère des Affaires étrangères, et chargés du service du dispensaire et de l'hôpital français.



niers, souvent victimes de l'arbitraire, les secours médicaux dont ils sont complètement privés ; en second lieu, elle permettrait de ne point laisser séjourner en prison des aliénés méconnus qui, le plus souvent, pourraient être transférés dans les moristans.

#### IV. — *Projet d'assistance des aliénés européens.*

Il est enfin une question qui intéresse de plus près la France et les puissances qui ont des nationaux au Maroc. Il s'agit du traitement des aliénés européens.

Il y a, actuellement, au Maroc, une colonie européenne dont le nombre va en augmentant rapidement et atteindra bientôt 20.000 âmes. Les Français sont au nombre de plus de 4.000, sans parler des troupes françaises qui occupent la Chaouïa (plus de 5.000 hommes). Cette population européenne fournit de temps à autre des cas d'aliénation mentale qui causent de graves embarras aux Légations. Ces malades ne peuvent, en effet, que difficilement être conservés dans les hôpitaux ; le transfert à Marseille, pour les Français, est long (quatre jours), coûteux, et peut se faire attendre assez longtemps (un départ par quinzaine). Les asiles d'aliénés les plus proches et où peuvent être envoyés les sujets anglais et espagnols sont ceux de Gibraltar et de Cadix (traversée de trois et de six heures). La nécessité d'une organisation spéciale d'assistance s'impose, fût-elle très simple. Il nous paraît indispensable d'avoir, au Maroc, trois petits services d'aliénés où les médecins du gouvernement français pourront traiter dans de bonnes conditions les Européens civils et militaires atteints de troubles cérébraux. Ces malades doivent, en effet, pouvoir être soignés dès le début des troubles, sur place, et dans un milieu approprié, les fatigues et les dangers d'un transfert lointain ne pouvant que compromettre leur guérison.

Nous proposons la création de trois infirmeries pour maladies mentales. L'une, à Casablanca, rendrait des services incontestables pour l'hospitalisation des aliénés civils ou militaires (la population européenne de Casablanca et de la Chaouïa dépasse 11.000 âmes). La

question de la création d'un hôpital français à Casablanca est sur le point d'être résolue. Il importe qu'on annexe à cet hôpital une infirmerie de dix lits, avec salle de bains, chambre d'isolement et jardin.

A Tanger (10.000 Européens), il existe un hôpital français. Il paraît difficile, en raison de sa situation, d'y annexer un quartier d'aliénés. Mieux vaut créer, dans les environs de Tanger, une infirmerie d'aliénés autonome, comportant une vingtaine de lits. Au cours de l'audience qui nous a été accordée par le Sultan, nous avons attiré son attention sur les réformes à réaliser et nous lui avons soumis le projet d'installation, à Tanger, du petit hôpital psychiatrique dont il vient d'être question. Nous avons demandé au Sultan de vouloir bien aider à la réalisation de notre projet en faisant don à la Légation de France du terrain nécessaire. Nous lui avons rappelé que c'est aux souverains et aux médecins arabes que revenait le mérite d'avoir créé les premiers hôpitaux pour les maladies mentales; faire renaître au Maroc cette organisation ne pouvait donc être considéré comme une *innovation*; mais comme un retour à d'anciennes traditions islamiques (1). Le Sultan a bien voulu nous promettre d'examiner notre projet avec la plus grande bienveillance.

A Fez, nous avons pu obtenir, sur-le-champ, une amélioration à la situation des aliénés. A l'hôpital français, alors en construction, et placé sous la direction du D<sup>r</sup> Murat, nous avons fait commencer les travaux d'une petite infirmerie spécialement aménagée pour le traitement des maladies mentales et comportant deux chambres et une salle de bain.

La création de ces services spéciaux d'aliénés complètera l'ensemble d'œuvres françaises de toute nature, dues, pour la plupart, à l'initiative éclairée et à la persévérance du ministre de France, M. Regnault (hôpitaux français de Tanger, Casablanca, Marrakech; dispensaires français; écoles franco-arabes; collège fran-

---

(1) Il a été nécessaire d'insister sur ce point, car notre projet, exposé très sommairement dans un journal arabe de Tanger, avait suscité une certaine émotion dans le corps des Oulémas (professeurs) de Fez.

çais; Institut Pasteur, etc., etc.). L'organisation au Maroc de l'assistance des aliénés, dont il est désireux que la France prenne l'initiative, ne manquera pas d'augmenter l'influence morale de notre pays.

CONCLUSIONS. — Le programme de l'assistance des aliénés indigènes et européens au Maroc peut être ainsi résumé :

1° Utilisation et amélioration progressive des moristans (Tanger, Fez, Casablanca, Marrakech, etc.) qui seront spécialement consacrés aux aliénés indigènes. Le service médical de ces moristans devra être assuré par les médecins du gouvernement français;

2° Création à Tanger, Fez, Casablanca de trois services d'aliénés plus particulièrement réservés aux Européens.

### Un asile d'aliénés au XVIII<sup>e</sup> siècle,

par M. L. WAHL.

Trois siècles avant Pinel, un Espagnol quelque peu visionnaire, Jean de Dien, célèbre par sa charité, s'occupait d'hospitaliser, dans les maisons de l'ordre qu'il fonda, les aliénés de familles nobles et riches. Les Frères de la Charité s'installèrent en France grâce à Marie de Médicis; ils eurent de nombreuses maisons soutenues par l'autorité royale. La Maison nationale de Charenton, l'Asile de Cadillac et plusieurs autres asiles d'aliénés ont cette origine. Parmi ceux-ci est l'hôpital de Pontorson. En 1644, l'autorité royale confia, vraisemblablement à la demande des habitants, l'antique hôpital qui remontait au XII<sup>e</sup> siècle, et qui était alors dans un état de désordre et de délabrement absolus, aux Pères de la Charité. Sous cette nouvelle direction, sage et prudente, l'établissement reprit un nouvel essor; il recueillait, de par son acte de fondation, les pauvres et les malades de la ville, les soldats et marins invalides, à titre gratuit; il devait aussi secourir à domicile en aliments et médicaments les femmes pauvres de la ville (ce qui plus tard, lorsque fut fondé l'hôpital des femmes, fut transformé en une subvention à cette maison); enfin,

une somme de 200 livres était versée par l'hôpital au religieux qui prêchait le carême à l'église paroissiale de Pontorson, et une autre de 100 livres à un chapelain de Saint-Antoine, chapelle assez inutile située dans les dépendances de l'hospice.

A titre de remboursement, le Trésor royal plaçait à l'hôpital de Pontorson les soldats de la garnison du Mont Saint-Michel qui tombaient malades. Dès le début du XVIII<sup>e</sup> siècle, la maison recueillit quelques aliénés riches et payant d'assez fortes pensions : les uns avaient été interdits par les cours de justice suivant les règles du droit ancien, assez peu différentes de celles du droit moderne ; les autres étaient séquestrés en vertu de lettres de cachet ; ces lettres, dont on a tant médité, rendaient cependant d'incontestables services à une époque où il n'existait pas de législation sur les aliénés. Ajoutons que si, à la Cour, des abus ont pu être flétris à juste titre, dans les provinces éloignées, Normandie et Bretagne, ce n'est qu'au prix de bien des démarches que les familles obtenaient l'ordre qui leur permettait de séquestrer un aliéné authentique ; il ne semble pas qu'à Pontorson il y ait jamais eu de prisonniers d'Etat.

Au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle les bâtiments destinés aux aliénés furent reconstruits ; ils existent encore quant à leur gros œuvre ; certaines chambres étaient pourvues de cheminées, mais toutes fermaient par de massives portes de 44 millimètres d'épaisseur qui existent encore aujourd'hui dans d'autres parties de la maison. Les pensions étaient chères pour l'époque : aucune n'était inférieure à 400 livres de ce temps, qui en feraient bien 1.200 d'aujourd'hui, et certaines atteignaient 1.000 livres, somme considérable pour le temps.

Dans un compte détaillé, nous pouvons voir que la maison avait un nombreux personnel sous la direction de quatre religieux seulement, dont l'un portait le titre de prier, un autre celui de trésorier. On faisait pour les « exilés » de marque une large dépense de vin et de tabac ; ils mangeaient, somptueusement servis par un domestique spécial, avec des couverts d'argent ; on leur donnait du gibier et d'autres plats que ne connaissent plus les pensionnaires des asiles modernes.

Bien entendu, il n'est point question de thérapeutique

de la folie et le chirurgien du lieu ne les visitait guère que lorsqu'ils étaient atteints de troubles somatiques. Mais l'autorité supérieure, lorsque, par une voie quelconque, souvent clandestine, elle était saisie d'une réclamation d'un exilé, demandait au père prieur son avis sur la suite qu'elle comportait.

En somme, avant Pinel, certains asiles s'ouvraient pour les aliénés riches, somptueusement nourris et traités, mais plus séparés du monde extérieur que ne le sont nos malades actuels.

La réforme de Pinel ne s'est adressée qu'aux indigents, mais elle a eu comme contre-coup de créer une pathologie mentale et par là même une thérapeutique de la folie dont bénéficièrent les aliénés riches eux-mêmes.

La loi de 1838 créa une organisation de la séquestration des aliénés, un contrôle régulier de l'administration des asiles, et sauvegarda les intérêts des malades non interdits, en même temps qu'elle offrit de nombreuses garanties contre les séquestrations arbitraires, possibles sinon communes, auparavant.

Depuis, la thérapeutique mentale, par ses progrès continus, permet de considérer comme possibles bien des guérisons qu'on n'osait même pas espérer autrefois, tant la folie passait pour incurable en plein XIX<sup>e</sup> siècle. Heinroth n'osait-il pas faire de la folie une punition du péché?

### Folie et divorce,

par M. E. RÉGIS.

En introduisant à la Société médico-psychologique, dans sa séance du 25 novembre 1910, une nouvelle et intéressante discussion sur la question si souvent débattue du divorce en matière d'aliénation mentale, MM. Juquelier et Fillassier citent tout spécialement un arrêt de la Cour de Bordeaux du 27 janvier 1897, rendu après une expertise médico-légale qui m'avait été confiée.

Ils considèrent cet arrêt comme extrêmement important et il leur semble désirable qu'il fasse jurispru-

dence, parce qu'il établit une distinction entre une folie acquise et « la manière d'être constitutionnelle, permanente, de certains dégénérés, résultant de leur déséquilibre mentale, et entraînant à tout jamais pour eux l'incapacité de vivre en ménage sans être, consciemment ou non, de terribles persécuteurs pour leur entourage immédiat : conjoint et enfants ».

MM. Juquelier et Fillassier ont paru regretter de ne connaître le rapport médico-légal de cette affaire que par les courts extraits qu'en donne le jugement et certains de nos collègues, comme M. Vallon et M. Arnaud, ont fait justement remarquer, de leur côté, qu'il était très difficile d'apprécier l'arrêt de la Cour de Bordeaux.

J'ai pensé qu'il serait utile, dans ces conditions, de verser au débat ouvert à la Société médico-psychologique ledit rapport médico-légal, ou tout au moins de le publier *in extenso* dans les *Annales médico-psychologiques*, car il n'a paru — incomplètement d'ailleurs — que dans une thèse de Bordeaux (1).

Comme l'ont bien vu MM. Juquelier et Fillassier, l'affaire dont il s'agit est surtout intéressante en ce qu'elle tend à créer à côté de la jurisprudence ordinaire des tribunaux à l'égard de l'aliénation mentale confirmée, une jurisprudence différente en ce qui concerne les états de semi-aliénation, si l'on peut ainsi parler.

En l'espèce, il s'agissait d'un déséquilibré constitutionnel, fantasque, vaniteux, inventeur, irritable, jaloux surtout, ayant finalement poussé la suspicion conjugale jusqu'à l'idée fixe interprétative, délirante même, et, par voie de conséquence, jusqu'aux violences et aux menaces les plus graves.

Les choses devinrent telles à un moment que, sur certificat du médecin-traitant, cet homme fut placé à titre d'aliéné en observation dans un hôpital, en attendant son internement.

Là, il se montra dès le début si lucide, si raisonnable, si repentant, si plein de promesses pour l'avenir, qu'il fut remis en liberté comme non aliéné au bout de peu de temps.

---

(1) Vaillant. Folie et divorce. *Thèse* de Bordeaux, 1903.

A peine de retour chez lui, il recommençait ses violences et ses menaces, si bien que sa femme, se sentant en danger, réclama le divorce, repoussé bien entendu par la partie adverse.

Le Tribunal de première instance ayant prononcé le divorce sans s'arrêter à l'allégation d'aliénation mentale et le mari ayant fait appel de ce jugement, la Cour de Bordeaux considéra avec raison que la question d'aliénation mentale, qui constituait la base même du procès, était loin d'être jugée et me commit en qualité d'expert pour « déterminer l'état mental de l'appelant et son degré de responsabilité à l'époque contemporaine des faits d'injures et de sévices qui lui étaient imputés par sa femme à l'appui de sa demande en divorce ».

Après avoir exposé les faits et précisé l'état mental de l'intéressé, je résumai la situation ainsi qu'il suit :

« M<sup>me</sup> P... est l'objet de sévices et de violences de la part de son mari. Comme c'est son droit, elle veut s'y soustraire par le divorce.

— « Cela ne se peut, lui dit-on. Si votre mari est violent et brutal vis-à-vis de vous, c'est que c'est un malade. Vous devez donc non le repousser, mais le soigner.

— « Puisque mon mari est un aliéné irresponsable que je dois soigner, répond M<sup>me</sup> P..., j'y consens et comme c'est un aliéné dangereux, je vais le placer où l'on soigne les malades de cette espèce, c'est-à-dire dans un asile d'aliénés.

— « Ah ! non, lui réplique-t-on encore, votre mari est bien un aliéné, mais il ne l'est pas assez pour être interné. La preuve, c'est qu'on a dû le renvoyer une première fois d'un quartier-dépôt d'observation, et qu'on le ferait certainement encore si on tentait l'expérience à nouveau. »

« Si bien qu'en fin de compte, la femme ne pouvant se préserver des fureurs de son mari ni par le divorce, puisqu'il est aliéné, ni par l'asile, puisqu'il ne l'est pas assez, serait contrainte de reprendre avec lui la vie commune et de rester exposée, avec ses enfants, à toutes les conséquences de ses violences.

« En somme, la vérité médicale consiste à enfermer P... dans ce dilemme :

« Ou vous êtes un aliéné irresponsable des actes qui vous sont imputés, et alors vous êtes un aliéné dangereux et l'on doit vous séquestrer ;

« Ou vous êtes un simple déséquilibré, insuffisamment aliéné pour être interné, pour ne pas vous dominer en partie, et alors force est d'accorder à votre femme ce qu'elle réclame pour être garantie de vos sévices, c'est-à-dire le divorce. »

Telle est la façon, un peu insolite peut-être, dont je crus devoir présenter la situation aux magistrats, avant de conclure que l'état mental de P..., « qui n'était pas assez accentué pour légitimer son internement, ne le rendait pas, il s'en fallait, totalement irresponsable ; qu'il avait, dans une mesure difficile à préciser exactement, mais dans une mesure encore appréciable, la liberté de se diriger et par suite qu'il devait compte de ses actes à la Justice et à la Société ».

La Cour voulut bien me suivre dans cette voie et confirma le jugement du Tribunal de première instance, accordant à la femme le divorce demandé.

La situation, on le voit, était ici de tous points comparable à celle qui existe, au criminel, vis-à-vis de ces délinquants, un peu trop tarés peut-être pour la prison, mais pas assez aliénés en revanche pour l'asile, qui n'en vent pas ou ne les garde pas, et contre lesquels par suite la Société ne serait aucunement sauvegardée si l'expert, par ses conclusions, ne permettait à la balance de pencher, faute de mieux, pour la solution répressive.

Comme je l'ai dit dans la dernière édition de mon *Précis*, où j'ai consacré un court paragraphe à la question du divorce en matière d'aliénation mentale et à la nouvelle législation de l'Allemagne, de la Suisse et de la Principauté de Monaco sur ce point, je reste, en principe, hostile à l'idée du divorce dans le cas de folie confirmée. Mais je crois qu'il y aurait lieu d'examiner le problème de plus près et de prévoir la possibilité du divorce dans les cas où les troubles psychiques, tout en étant évidents, ne sont pas assez accentués pour transformer les injures et sévices en actes absolument pathologiques et pour permettre d'assurer par un internement légitime et suffisant la sécurité du conjoint.



## DISCUSSION

M. JUQUELIER. — L'intervention dans le débat de M. Régis est du plus haut intérêt. Il est essentiel, en effet, que nous connaissions *in extenso* le rapport qui nous a paru devoir servir de point de départ à une jurisprudence souhaitable. Dans la note qu'il nous communique aujourd'hui, M. Régis établit la même distinction dont nous vous avons entretenu, M. Fillassier et moi : il ne faut pas en définitive — quelque opinion qu'on ait sur l'aliénation mentale envisagée comme cause de divorce — que la folie soit un prétexte invoqué mal à propos pour maintenir certaines unions impossibles.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Le rapport de M. Régis sera publié *in extenso* dans les *Annales*, où chacun pourra le lire.

M. TRÉNEL. — J'ai trouvé dans la littérature allemande un rapport médico-légal concernant un cas analogue, semble-t-il, à celui de M. Régis. Je vous soumettrai *in extenso* la traduction de ce rapport lorsque la discussion sera reprise lors d'une prochaine séance.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.

---

---

---

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### Société clinique de médecine mentale.

*Séance du 16 janvier 1911.*

I. — *Installation du bureau.* — M. Ritti, en cédant la présidence à M. Legras, rappelle que la Société a été fondée en mai 1908 sous les auspices de M. Magnan. Depuis cette époque jusqu'aujourd'hui, il y a eu 176 communications. L'année 1910 en compte à elle seule 74 pour 9 séances, dont 70 présentations de malades.

II. — *Un cas de diagnostic difficile de l'épilepsie;* par le D<sup>r</sup> Pactet. — M. Pactet présente un jeune homme qui est entré dans son service, il y a huit mois, à la suite d'une tentative d'homicide au cours de laquelle il a frappé sa victime de vingt-sept coups de poinçon. Soumis à un examen médico-légal, il fut considéré comme ayant agi sous l'influence de la névrose comitiale et interné. Depuis son entrée à l'asile, il n'a jamais présenté d'accident épileptique d'aucune sorte et a donné des versions contradictoires des circonstances qui avaient accompagné sa tentative d'homicide.

Ce cas montre la difficulté que l'on peut éprouver parfois à porter un diagnostic précis sur l'état pathologique d'un malade et l'intérêt qu'il y aurait, à des points de vue multiples, lorsque celui-ci entre à l'asile, à l'occasion d'un acte délictueux, à communiquer au médecin la relation officielle des circonstances dans lesquelles l'acte a été accompli.

III. — *Cinquante ans de délire mystique sans démence;* par le D<sup>r</sup> Juquelier. — M. Juquelier présente à la Société un malade de soixante-seize ans qui, depuis cinquante ans, se croit prophète et ambassadeur de Dieu. Ce malade est constitutionnellement un débile intellectuel, mais il n'est pas sensiblement affaibli, malgré son grand âge. Exceptionnellement

halluciné, habituellement interpréteur, ce prophète est venu à Paris pour réformer le gouvernement selon les vues du « Très-Haut ».

Inoffensif et bienveillant, il n'a jamais été interné, et il semble qu'on pourra le rendre à sa famille qui le réclame.

Le diagnostic de débilité mentale avec délire mystique est confirmé par l'hérédité : le prophète est fils d'un alcoolique et frère d'un délirant mélancolique.

IV. — *Paralysie générale et 606*; par le D<sup>r</sup> A. Marie. — M. A. Marie (de Villejuif) présente plusieurs paralytiques traités par le 606. Il rapporte vingt cas d'application thérapeutique de ce genre sur des malades de son service (dont dix paralytiques généraux) et cela sans inconvénients, au contraire (trois retours du réflexe lumineux accommodatif, une régression d'un mal perforant, une sortie par rémission).

M. Marie, s'appuyant sur l'innocuité de ces vingt cas d'emploi de l'arsénobenzol en piqûres intramusculaires, pense qu'il n'y a pas, à cette thérapeutique, une contre-indication aussi formelle qu'on le croit, à la condition de contrôler les résistances du malade (reins, cœur) et de vérifier les réactions sanguines et céphalo-rachidiennes par la méthode de Wassermann.

M. Trénel fait remarquer qu'Ehrlich lui-même a recommandé de ne pas employer son produit chez les paralytiques généraux; il rappelle qu'un cas de mort chez un paralytique général a été signalé récemment, par intoxication arsenicale, à la suite du traitement par le 606.

M. Lwoff objecte que le traitement appliqué par M. Marie est encore trop récent pour qu'on puisse en tirer des déductions exactes : il semble n'y avoir eu qu'atténuation de certains symptômes; seule une observation prolongée permet, dans la paralysie générale, de se rendre compte de la valeur de tel ou tel traitement.

V. — *Défaut d'équilibre mental. Alcoolisme chronique; internements multiples*; par le D<sup>r</sup> Beaussart (service de M. Colin). — Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans qui offre le type du déséquilibré. Ce qui prédomine chez lui, ce sont de profondes lacunes morales : instabilité de tous les instants qui fait que le malade ne peut avoir aucune occupation suivie et vit en marge de la société.

Vanité extrême qui pousse le malade à raconter des histoires invraisemblables et à se faire paraître sous un jour faux, mais des plus favorables pour lui.

Défaut d'affectivité qui le fait préférer des menaces envers sa famille et commettre des voies de fait contre sa femme.

Sous l'influence de cette absence d'équilibre et aussi d'un alcoolisme surajouté, le malade a commis des excentricités et de multiples délits. Quelquefois condamné, il a aussi été, pour les mêmes motifs, plusieurs fois interné. Il convient de faire remarquer que cet homme est avant tout un malade et non un délinquant et, pour ce motif, sa place est plutôt justifiée à l'asile que dans les prisons.

V. — *Paralysie de la 3<sup>e</sup> paire chez un paralytique général. Présentation de coupes histologiques*; par les D<sup>rs</sup> Vigouroux et Fourmaud. — Les auteurs présentent les coupes sérieées de la région pédonculaire d'un paralytique général ayant eu une paralysie durable du moteur oculaire commun. Les préparations au Weigert montrent la dégénérescence presque totale du nerf du côté gauche et la disparition des fibres radiculaires intrapédunculaires. D'autres préparations montrent la destruction de la 3<sup>e</sup> paire par un foyer de désintégrations lacunaires.

Il s'agit donc d'une ophtalmoplégie d'origine nucléaire qui s'est montrée comme premier signe physique de la paralysie générale et qui a persisté.

*Séance du 26 février 1911.*

I. — *Une mystique persécutée*; par les D<sup>rs</sup> Truelle et Pillet. — Il s'agit d'une femme de soixante-dix ans, d'origine italienne, qui, depuis l'âge de sept ans, avait présenté des hallucinations visuelles mystiques, combinées à des hallucinations auditives et à d'autres troubles sensoriels et sensitifs divers. Fréquence et variété considérables de ces « visions », parfois à signification prophétique. Absence totale d'interprétations délirantes en rapport avec ces manifestations mystiques; mais développement d'un délire de persécution banal, indépendant du mysticisme et évoluant parallèlement avec lui.

Parmi les manifestations mystiques, les unes sont de véritables hallucinations, d'autres des souvenirs de rêves et des représentations mentales non reconnues comme tels, ou peut-être aussi le produit d'une imagination très vive.

II. — *Un cas de quadriplégie (intoxication par le vulnéraire)*; par le D<sup>r</sup> Bonnet. — M. Bonnet présente deux malades atteintes de psychose polynévritique et de paralysie des quatre membres. Ces phénomènes de paralysie ont été déterminés chez

l'une d'elles par la consommation excessive du vulnéraire. M. Bonnet, qui a un service spécial d'alcooliques femmes, fait remarquer les particularités de l'alcoolisme chez les femmes. Ces dernières préfèrent les liqueurs à essence, qui agissent malheureusement au maximum sur le système nerveux : eau de mélisse, vulnéraire, liqueurs monastiques. Il est étonné de la grande fréquence de la consommation du vulnéraire chez les femmes du peuple à Paris; vulnéraire acheté chez les marchands de vins et plus nocif que celui des pharmaciens. Le vulnéraire est malheureusement consommé trop fréquemment, en vertu du préjugé qu'il s'oppose aux troubles de la menstruation.

III. — *Un cas de confusion mentale avec délire onirique chez une albuminurique*; par le D<sup>r</sup> Fouque (service de M. Legras). — Il s'agit d'une malade, avec antécédents héréditaires et personnels alcooliques, atteinte de cécité et de mal de Bright.

Le délire de cette malade, qui apparut pour la première fois en 1908, sous l'influence de l'alcool et au cours d'un mal de Bright, diminuant et réapparaissant avec l'albumine, persistant avec elle depuis six semaines que dure le nouvel internement, semble bien dû à une néphrite chronique. Comme l'ont signalé nombre d'auteurs, entre autre Florant et Spaglia, Chevalier-Lavaure et Régis, Vigouroux et Juquelier, il présente la plus grande analogie avec le délire alcoolique et le délire toxique en général. On peut se demander avec Spaglia si, au cours des délires toxiques, les troubles ne sont pas dus à la présence de lésions rénales concomitantes.

IV. — *Tentative de suicide chez une persécutée*; par le D<sup>r</sup> Hamel. — M. Hamel présente une malade atteinte d'un délire de persécution qui remonte à plus de deux ans et qui vient de faire une tentative de suicide. A son avis, cet acte ne saurait être attribué, ni à un raptus mélancolique, ni à une hallucination impérative. Il s'agit d'une disposition d'esprit particulièrement timorée que l'on retrouve chez un petit nombre de persécutés, et qui pousse ces malades à se soustraire à l'action de leurs persécuteurs plutôt qu'à se venger d'eux.

V. — *A propos de l'anatomie topographique de la région sacro-lombaire (canal rachidien sacro-lombaire)*; par le D<sup>r</sup> Le Filliâtre. — L'auteur expose, avec planches à l'appui, l'anatomie du canal rachidien sacro-lombaire.

VI. — *Les aliénés dans l'armée*; par le D<sup>r</sup> Pactet. — M. Colin, au nom de M. Pactet, présente un malade atteint

d'imbécillité qui a été maintenu pendant trois ans sous les drapeaux et a fait deux fois vingt-six jours. Le niveau intellectuel du sujet est si faible qu'il n'a pu apprendre le maniement d'armes ou l'exercice; il était employé à balayer les cours et les officiers avaient recommandé à ses camarades d'éviter toute brutalité et toute brimade, précaution qui n'était pas inutile, étant donné les impulsions violentes auxquelles sont sujets ces faibles d'esprit, impulsions qui peuvent avoir les conséquences les plus graves.

*M. Colin* cite un autre de ces imbéciles, malade de son service, maintenu pendant huit ans dans l'armée et qui a passé la majeure partie de son temps aux bataillons d'Afrique et aux compagnies de discipline.

VII. — *Psycho-névrose convulsive de nature hystérique*; par le D<sup>r</sup> Poulalion. — M. Poulalion présente une malade chez laquelle les troubles portent particulièrement sur la sphère du diaphragme et du larynx (phrénique et récurrent), puis se généralisent en contracture à tout le système musculaire des yeux, de la face (toute la sphère motrice), des membres, chez un sujet portant les stigmates somatiques de l'hystérie, ne présentant pas de troubles de la sphère intellectuelle ni de l'affective.

### Société de psychiatrie de Paris.

Séance du 19 janvier 1911.

I. — *Trois cas de paralysie générale de longue durée*; par les D<sup>rs</sup> Barbé et René Charpentier. — Présentation de trois malades, paralytiques généraux en état de rémission, dont l'un depuis vingt-deux ans, avec aujourd'hui une absence complète de lymphocytose. L'évolution physique de l'affection est chez eux en décroissance, mais le signe d'Argyll existe toujours, ainsi qu'un embarras de la parole très appréciable dans les mots d'épreuve. Quant à l'état mental, il est très affaibli et infantin.

Discussion. — *M. Laignel-Lavastine*. L'absence de lymphocytose n'est pas extrêmement rare chez les paralytiques généraux. Le professeur Joffroy et lui-même en ont signalé un certain nombre de cas. — *M. Dupré*. Ces malades appartiennent à la paralysie générale stationnaire des auteurs allemands. — *M. Arnaud* rappelle des cas de ce genre qu'il lui a été donné d'observer et chez lesquels il a constaté malgré la longue évolution de la maladie une régression marquée des

troubles démentiels. — *M. Séglas* demande des renseignements sur la période de début de ces malades et sur l'existence notamment de phénomènes tabétiques; un certain nombre de tabétiques, en effet, voient évoluer chez eux une paralysie générale à marche remarquablement lente. — *M. G. Ballet*. Le premier de ces malades a été présenté par moi ici-même il y a près de trois ans (*G. Ballet*. Des intermissions au cours de la paralysie générale. Evolution à type discontinu, 18 juin 1908). Il se présentait alors, surtout comme un tabétique et non comme un paralytique général, sans affaiblissement notable des facultés, sans troubles de la parole. En 1902, il a fait une poussée de délire mégalomane extrêmement accentué, qui succédait à une phase dépressive et dont il a complètement guéri. Il s'agit là, non d'une paralysie générale arrêtée, mais d'une paralysie générale à évolution discontinue, avec poussées délirantes puis retour à l'état normal. Ces faits là ne sont pas absolument rares.

II. — *Psychose circulaire chez une fillette de douze ans*; par le *D<sup>r</sup> Wallon*. — Présentation d'une enfant du service du *D<sup>r</sup> Nageotte* (fondation Vallée) qui, considérée comme normale jusqu'à douze ans, devint, à partir de cet âge, bizarre, moins attentive à la classe, eut des accès de pleurs immotivés et de rires incoercibles et enfin des périodes alternantes d'exaltation avec logorrhée, excitation motrice, voracité, etc., durant deux ou trois semaines, et de dépression avec inhibition psychomotrice, refus de nourriture, etc., pendant une semaine seulement. Ces alternances de l'humeur, de l'affectivité et de l'émotivité, sans même aucune phase intermédiaire d'indifférence, font porter le diagnostic de psychose circulaire.

Discussion. — *M. Maillard* a remarqué que le service de *M. Bourneville* possédait annuellement 1 ou 2 cas de folie circulaire; cette affection n'est donc pas une rareté chez l'enfant. — *M. Roubinovitch*. A-t-on vraiment le droit de ranger les troubles présentés par ces enfants dans la folie circulaire ou psychose maniaque dépressive? Il faudrait auparavant établir une comparaison somatique des deux périodes d'excitation et de dépression qui devraient, en ce cas, offrir des manifestations tout à fait opposées, notamment dans le domaine de la nutrition et de la circulation. Même les enfants normaux ont des modifications de l'humeur, un arrêt plus ou moins passager de l'attention et de l'intelligence ou un hyperfonctionnement intellectuel, et ces dispositions sont

encore plus marquées chez les enfants débiles ou instables. Or, peut-on sur la seule existence de modifications analogues, mais d'une durée plus longue, affirmer le diagnostic de psychose maniaque dépressive? — *M. G. Ballet*. Très opportune et très juste est la remarque de *M. Roubinovitch*. Il ne faut cependant pas élargir outre mesure le cadre de l'instabilité mentale. La psychose périodique est une psycho-névrose douée d'une certaine autonomie, caractérisée essentiellement par une alternance et une périodicité plus ou moins régulière de phases soit maniaques, soit mélancoliques; elle ne s'observe guère, en outre, chez des sujets congénitalement tarés. Cependant si nous rencontrons chez un taré une affection offrant ces caractères de périodicité et d'alternance régulières, nous devons poser le diagnostic de psychose périodique. La variabilité de l'humeur ne constitue pas la périodicité; le critérium de la psychose périodique est la périodicité et non l'instabilité. — *M. Wallon*. C'est précisément sur la périodicité que nous nous sommes appuyé pour porter notre diagnostic de psychose circulaire. Notre malade n'a pas une instabilité essentielle. Le début de l'affection a été brusque et signalé par des troubles pénibles qui ont poussé les parents à demander l'internement. Actuellement, la psychose circulaire est des plus nettes. — *M. Séglas*: On applique peut-être trop largement l'épithète de périodiques à des malades qui ne sont qu'un peu excités ou déprimés. L'expression dont on se servait autrefois d'alternatives d'agitation et de dépression ne correspond pas entièrement à la terminologie moderne de périodes. Il n'y a pas exclusivement que des périodes et des périodiques. Des déments précoces évoluent à travers des oscillations d'agitation et de dépression sans mériter l'appellation de périodiques. Ces oscillations sont même la caractéristique de ces malades jeunes, les déments précoces de *Morel*, et constituent le premier symptôme que l'on remarque chez eux. Le diagnostic doit peut-être être réservé chez la malade de *M. Wallon*. Cette enfant peut se modifier dans 1 an ou 2 et tomber dans la démence. Les alternances sont parfois si touchantes dans la démence précoce que l'on a pu parler de déments précoces, maniaques-dépressifs et que l'on pouvait même admettre, dans certains cas, la coexistence des deux formes mentales. — *M. Dénay* défend l'opinion de *M. Wallon*. Ce n'est pas seulement la notion de leur alternance, mais l'analyse des périodes et de leurs éléments différentiels qui font dans ce cas rejeter la démence précoce et affirmer la psychose maniaque



dépressive. Les phénomènes d'excitation et de dépression sont, en effet, fondamentalement différents dans ces deux affections.

III. — *Epilepsie et ralentissement du pouls. Diagnostic différentiel avec la maladie de Stokes-Adam*; par le D<sup>r</sup> Charrier. — Histoire d'un épileptique présentant la plupart des accidents comitiaux, crises épileptiques avec aura sensorielle et viscérale, crises jacksonniennes, tic de Salaam, petit mal (crises frustes, vertiges, absences), asthme épileptique, phénomènes d'automatisme saltatoire, etc., et chez lequel on observa une bradycardie paroxystique associée à ces accidents épileptiques, le pouls se ralentissant jusqu'à descendre à 38 par minute. Aucune lésion orificielle, mais seulement des altérations du rythme cardiaque. Pareille association est rare dans la littérature médicale. L'auteur discute la question des bradycardies de cause cérébrale mise en doute par Vaquez et Esmein et admet l'origine corticale de la bradycardie chez sa malade, l'abaissement si accentué du pouls étant dû à la subinrance des phénomènes épileptiques et à l'hyperexcitabilité cérébrale continue.

M. Arnaud rapproche le cas signalé à la précédente séance par M. Rose (crises de bradycardie de cause cérébrale chez un paralytique général).

IV. — *Présentation d'un faux cénestopathe. Considérations à propos de l'origine périphérique de certains délires*; par le D<sup>r</sup> Picqué. — Observations de deux malades se plaignant de sensations douloureuses vagues et d'origine interne. Chez la première, une opération permit de découvrir une hernie crurale. Chez la deuxième, l'autopsie révéla un mal de Bright double avec calcul rénal. — M. Dupré fait remarquer que ces deux malades souffraient l'une et l'autre de troubles organiques et qu'elles ne sont nullement des cénestopathes. Mal examinées, on eût pu les prendre pour telles; mais en ce cas, on aurait simplement commis une erreur de diagnostic.

V. — *Un cas d'hallucinoze*; par les D<sup>rs</sup> Dupré et Gelma. — Présentation d'une femme de quarante-trois ans, ayant depuis plusieurs années des troubles psycho-sensoriels multiples (auditifs, visuels, olfactifs, gustatifs, cénesthésiques), sans idées délirantes et sans déficit psychique. Tantôt elle reconnaît que ces troubles ont une existence pathologique et réclame d'être soignée; tantôt, au contraire, elle admet leur réalité, mais ne commet cependant à leur sujet aucune interprétation délirante. — M. G. Ballet, à cette occasion, émet diverses considérations sur les hallucinations conscientes.

Séance du 16 février 1911.

I. — *Un exemple d'hérédité congestive*; par le D<sup>r</sup> Génil-Perrin. — Histoire d'une famille où le père, la mère, un oncle et trois enfants sur cinq ont présenté des attaques apoplectiformes.

II. — *Sur la résistance à la fatigue d'un enfant de deux à trois ans*; par les D<sup>rs</sup> Lesage et Collin. — Des examens méthodiques sur des enfants de deux à trois ans ont permis aux auteurs de constater l'absence de fatigue dans les attitudes cataleptiques provoquées. Avant deux ans, l'expérience ne peut être faite par suite de l'instabilité des enfants; au delà de trois ans, la fatigue apparaît rapidement, comme chez les adultes. La présence du signe de Babinski et de syncinésie, très fréquente dans ces cas, permet de considérer ces faits comme dépendant d'une débilité motrice physiologique du premier âge.

Discussion : *M. G. Ballet* estime que ces faits éclairent, dans une certaine mesure, la pathogénie de la fatigue. Les phénomènes cataleptiques ne se produisent, en effet, que dans les cas où le psychisme est obnubilé ou absent (hypnotisme, démence, etc.). Chez ces enfants, la même condition est réalisée; on pourrait dire qu'ils agissent par leur faisceau pyramidal plus que par leur corticalité. Au-dessus de trois ans, leur psychisme intervient. — *M. Bernheim* a observé des phénomènes cataleptiques à l'état normal; mais dans ces faits il s'agissait toujours d'individus à cérébralité fruste, des paysans peu cultivés ou des débiles vrais. On les observe également au cours de la fièvre typhoïde. La catalepsie indique toujours une diminution du psychisme. — *MM. Arnaud* et *Deny* rappellent que chez les paralytiques généraux et les déments précoces on retrouve cette absence de fatigue, non seulement dans les phénomènes ordinaires de catalepsie, mais encore dans l'attitude particulière et permanente de la tête et des épaules, relevées au-dessus du lit, et que cette attitude a été signalée comme un signe précoce de chronicité.

III. — *Psychose confusionnelle par émotion choc*; par les D<sup>rs</sup> Dumas et Delmas. — Il s'agit d'un mécanicien qui, dans une catastrophe récente de chemin de fer, éprouva une violente émotion, sans traumatisme physique. En quelques jours se développa un état confusionnel avec prédominance très marquée

des symptômes psychiques (ralentissement des opérations mentales, désorientation, amnésie confusionnelle, torpeur, hébétude, apathie). L'atténuation des signes physiques (céphalée et asthénie) permet de considérer ce cas comme une psychose et non comme une névrose, et de conclure à une confusion mentale primitive simple, suivant la terminologie de Delasiauve et de Séglas.

Discussion : *M. G. Ballet* insiste sur l'importance des phénomènes amnésiques qui furent particulièrement marqués. Un confus intoxiqué ordinaire est plus troublé dans les actes courants de la vie, mais moins amnésique que ce malade. — *M. Séglas* indique que l'intérêt du cas tient surtout dans ce fait que le fond confusionnel, évident ici, résume l'histoire clinique. Avec *M. Colin*, il a publié récemment un cas analogue mais plus complexe, parce qu'il y avait des symptômes surajoutés qui ont longtemps tenu le diagnostic en suspens. — *M. Dupré*. La confusion est une notion purement clinique. Il conviendrait de distinguer les cas où la confusion ressortit surtout au ralentissement des opérations mentales, comme aussi des cas où la confusion secondaire aux hallucinations, à la rapidité des associations, ou à d'autres causes, perturbe ou dissocie les opérations mentales.

IV. — *Démence précoce*; par les D<sup>rs</sup> Séglas et Logre. — Les auteurs présentent une démente précoce qui, après des alternatives d'excitation et de dépression, eut une rémission complète de vingt mois, après laquelle elle retomba pour évoluer comme une démente précoce typique. Cette rémission complète est à relever, d'autant que les auteurs connaissent des cas semblables, l'un entre autres où la rémission dura dix-sept ans.

Discussion : *M. G. Ballet*. Ce cas me paraît intéressant parce qu'il est exceptionnel de rencontrer des rémissions complètes dans la démence précoce. Il faut, en effet, distinguer les rémissions qui peuvent se produire une fois, rarement au début de la démence précoce, pendant lesquelles le malade très amélioré reste néanmoins touché, diminué, et les intermissions où la guérison est complète bien que momentanée. Ces intermissions sont, à mon avis, exceptionnelles. — *M. Dupré* rappelle que *Kraepelin* et *Nissl* en ont rapporté et que lui-même a communiqué à Pau l'histoire d'une démente précoce guérie et dont la guérison se maintient encore à l'heure actuelle. — *M. Séglas* ajoute que *J. Falret*, qui avait observé la malade au début de son évolution, avait pronostiqué l'évolution démentielle en

se basant sur ce que le polymorphisme était fait d'éléments divers, mais pourtant fixes et contradictoires.

V. — *Un cas d'hallucinoïse chronique*; par les D<sup>rs</sup> Dupré et Gelma. — Les auteurs présentent une malade qui souffre depuis quatre ans d'hallucinations multiples, qui sont, par moments, demi-conscientes, mais qui, même en dehors de ces périodes demi-conscientes, n'ont entraîné ni système ni même explications délirantes. Ce cas, et ceux que M. Séglas a décrits sous le nom de délire hallucinatoire, leur paraissent mériter plutôt le nom d'hallucinoïse; puisque leur caractéristique est l'absence de délire.

Discussion: *M. G. Ballet*. J'accepte volontiers la terminologie de M. Dupré, d'autant plus que, dans une série de leçons, je groupe, sous le nom de psychose hallucinatoire chronique, des psychopathies où le délire plus ou moins systématisé évolue sans démence précoce et avec un riche cortège hallucinatoire. — *M. Séglas* insiste sur ce fait que, sans avoir la conscience nette de la nature morbide de leurs hallucinations, ces malades les sentent cependant pathologiques dans une certaine mesure, ce qui les pousse à chercher l'aide des médecins. C'est ce sentiment de leur caractère pathologique qui est peut-être à invoquer pour expliquer qu'ils ne recourent pas à des interprétations délirantes. — *M. G. Ballet*. L'hypothèse de M. Séglas est assez vraisemblable; toutefois, on ne doit pas oublier que même des délirants très actifs recherchent les conseils médicaux. — *M. Dupré*. Dans ce cas, ce sont d'ordinaire des persécutés hypocondriaques qui demandent au médecin les moyens médicaux de déjouer les tentatives de leurs ennemis. Leurs préoccupations sont différentes de celles des hallucinés sans délire.

VI. — *Sur un cas d'amnésie à prédominance antérograde au cours d'une syphilis cérébro-spinale fruste*; par les D<sup>rs</sup> H. Claude et E. Levi-Valensi. — Le malade dont nous rapportons l'histoire, et que nous observons depuis dix mois, s'est présenté à nous, accusant uniquement au début des troubles de la mémoire pour les faits récents, qui l'avaient obligé à abandonner ses occupations. Pendant longtemps, ces phénomènes amnésiques ont été les seuls symptômes en dehors de toute modification appréciable de l'activité intellectuelle, et il était assez curieux d'observer combien cette amnésie de fixation constituait une entrave à la vie sociale du sujet. Actuellement, nous ne notons toujours pas de déficit psychique, mais certains

caractères anatomo-cliniques permettent d'affirmer à peu près sûrement que nous sommes en présence d'une forme de syphilis cérébro-spinale avec complications méningées. Ce cas doit être distingué de la méningo-encéphalite diffuse, bien que les phénomènes amnésiques soient à peu près du même ordre et à cet égard méritent d'être discutés.

VII. — *Un cas de délire à trois*; par les D<sup>rs</sup> Dupré et Fouque. — Histoire d'une famille dans laquelle la mère délirante, persécutée, hallucinée active, a contagionné son mari et son enfant âgé de dix ans. Celui-ci est intervenu pour apporter, en raison de sa mythomanie, de nouveaux éléments au délire de sa mère. La contagion du délire s'est faite ici dans les conditions ordinaires telles qu'elles ont été décrites par Lasègue et Falret.

Discussion : *M. G. Ballet*. Il y a cependant une observation à faire sur ce cas de contagion, c'est que, contrairement à la règle habituelle fixée par J. Falret, l'homme contaminé, au lieu d'être un débile, a ici une intelligence supérieure à la moyenne de son milieu. C'est l'homme, en particulier, qui a apporté les éléments d'explication qui ont servi à la systématisation du délire. — *M. Dumas*. Il est bien certain, dans le cas présent, que l'homme est ici le plus intelligent. Cela prouve qu'en dehors de la débilité qui n'existe pas ici, il y a d'autres éléments plus ou moins complexes de contagion. — *M. Séglas* fait observer que le malade semble présenter une tendance au rire et au pleurer spasmodique. Il est très comparable à celui dont il a rapporté l'histoire, et, comme le sien, doit être classé hors du cadre de la paralysie générale. Le pronostic est, dans ce cas, très incertain.

VIII. — *Éruption bulleuse des extrémités chez un paralytique général*; par les D<sup>rs</sup> Laignel-Lavastine et Fay. — Présentation des pièces et des préparations d'un paralytique général qui, au cours d'une asphyxie symétrique des extrémités, eut une éruption bulleuse sur les doigts, bientôt suivie de lymphangite réticulaire et tronculaire, qui nécessita l'amputation des deux annulaires. De la comparaison des symptômes cliniques et des lésions constatées à l'autopsie — méningo-encéphalite diffuse subaiguë, enclavement intra-rachidien de l'amygdale cérébelleuse droite, sclérose atrophique des nerfs périphériques avec diminution des fibres à myéline, endartérite syphilitique nodulaire, infiltration massive des doigts malades par les polynucléaires — les auteurs concluent qu'il s'est agi d'une éruption bulleuse symptomatique d'une gangrène par artérite syphili-

tique infectée secondairement par le staphylocoque. Cette gangrène par artérite syphilitique chez un paralytique général doit être distinguée des asphyxies et gangrènes symétriques des extrémités d'origine nerveuse qu'on peut voir chez ces mêmes malades.

ROGER DUPOUY.

## BIBLIOGRAPHIE

*L'aliéné, l'asile, l'infirmier*; par le D<sup>r</sup> Th. Simon. 1 vol. in-12.  
Paris, Emile Bougault, 1911.

Voici un excellent livre, à la lecture duquel j'ai pris le plus vif plaisir, non seulement parce qu'il est éminemment pratique et instructif, en même temps qu'écrit dans un style alerte et coloré, mais encore et surtout parce que conçu dans un esprit de bonté et de charité que n'ont pas toujours pour leurs tristes et malheureux malades ceux qui les soignent. M. Simon, qui a enseigné longtemps à Sainte-Anne « les soins à donner aux aliénés », a été guidé dans son œuvre par le noble souci de créer de bons infirmiers; son livre répond bien à son désir: il est fait exprès pour eux.

J'apprécie comme lui le rôle énorme du personnel infirmier et l'heureuse influence qu'exercent sur leurs malades les bons infirmiers — trop rares malheureusement — trop rares, il faut hautement le dire, parce qu'on n'exige d'eux aucune instruction professionnelle, parce qu'on les recrute au petit bonheur et souvent très mal, parce qu'on néglige, avant de les mettre en contact avec l'aliéné, de leur dire ce qu'il est et quel rôle utile et généreux ils doivent remplir auprès de lui. Notre collègue, lui, le leur apprend: *l'aliéné est un être qui a besoin d'une continue SURVEILLANCE, qui a besoin d'une TUTELLE, qui mérite L'INDULGENCE, qui réclame pour guérir l'action réconfortante d'une BONTÉ TOUJOURS AGISSANTE.*

Il veut qu'à chaque page de son manuel, j'écrirais volontiers de leur bréviaire, soit toujours vivante & la grande figure de

l'aliéné ». Pénétrés de la grandeur et de l'abnégation de leur tâche, ils la rempliront alors avec plus de courage et de confiance en eux, avec plus de douceur et de dévouement envers leurs malades, avec un bénéfice plus considérable enfin pour l'aliéné et pour la société entière.

Où soigner l'aliéné? De multiples raisons, judicieusement analysées, imposent l'asile ou la maison de santé. Qui va le soigner? L'infirmier, c'est-à-dire l'étranger, le garde-malade indifférent et intéressé... Qu'il songe donc, cet infirmier, à la responsabilité morale et effective qui lui incombe de par la mission qui lui est confiée, et qu'il ne réclame pas lâchement des moyens de contention pour s'éviter une surveillance délicate et continue! La contention est, en effet, une mesure palliative commandée le plus souvent par la paresse ou l'insuffisance numérique du personnel et condamnée à disparaître complètement. Le D<sup>r</sup> Simon en fait une critique impartiale et très-mesurée, mais qui montre d'autant mieux tous ses inconvénients et ses dangers. Comment enfin le soigner? Les excellentes pages du chapitre : Rapports avec les malades, indiquent avec une précision parfaite la méthode à laquelle chacun doit s'astreindre.

L'on suit dans les chapitres ultérieurs l'aliéné depuis son domicile ou son errance vagabonde jusqu'à la salle de l'asile, en passant par le commissariat, le Dépôt ou l'hôpital. L'accueil qui doit lui être fait à l'entrée, les précautions à prendre, les premiers soins à donner, sont minutieusement détaillés. L'alimentation, ce merveilleux procédé de traitement, est l'objet d'une description enthousiaste, mais surtout instructive et attrayante.

Enfin tous les renseignements concernant la surveillance des mélancoliques en proie à des idées de suicide, des aliénés dangereux, impulsifs, persécutés, dégénérés amoraux, inculpés eu observation, susceptibles d'un acte de violence, d'une tentative d'évasion, se trouvent à leur tour soigneusement consignés, de même que les soins de toilette que chaque malade doit recevoir, ceux particuliers aux gâteaux, les précautions à prendre pour les épileptiques, l'hydrothérapie, l'alimentation et le passage de la sonde, les menus soins à apporter aux malades d'infirmier, le travail et les distractions qui aident à mieux supporter le séjour à l'établissement.

C'est, en un mot, toute la vie d'asile que le D<sup>r</sup> Simon a rédigée d'un cœur vaillant et généreux, dans ce livre, très simple et très modeste, qui lui fait le plus grand honneur.

Aussi n'en conseillons-nous pas seulement la lecture aux infirmiers, auxquels il est intentionnellement destiné, mais encore à nos collègues, médecins d'asile ou de maison de santé, et d'une manière générale à tous ceux qui s'intéressent à l'aliéné et compatissent à son infortune.

ROGER DUPOUY.

*Fisiología y Higiene de la Voz* (Physiologie et hygiène de la voix); par le Dr Victor Delfino. 2 vol. in-8°; Buenos-Aires, Maucci Hermanos, 1909.

La division de cet ouvrage en deux volumes correspond à la distinction de deux parties dans le sujet : d'une part, la physiologie; de l'autre, l'hygiène de la voix.

Dans la première partie, l'étude anatomique préalable de l'appareil vocal, à l'état adulte et aux divers âges de la vie, prépare à la compréhension des notions physiologiques sur la voix. La formation de la voix, ses modifications en rapport avec l'âge, le sexe, l'appareil génital (eunuques), ses anomalies (ventriloquie), ses qualités physiques (timbre, registres), permettant une classification des diverses sortes de voix chantantes, font l'objet de plusieurs chapitres très documentés et tenus au courant des plus récents travaux. L'exposé de la laryngoscopie et des méthodes d'expérimentation pour l'étude des sons articulés tient la place qui convenait dans un traité complet.

Dans le deuxième volume, consacré à l'hygiène de la voix, sont simultanément étudiées les maladies de la voix et les conditions hygiéniques qu'exige sa conservation, sous les rubriques suivantes : fatigue de la voix, relations des organes vocaux avec l'organisme et avec le monde extérieur.

Le difficile problème de l'origine du langage est examiné, dans la préface du livre, à la lumière des doctrines évolutionnistes. M. Delfino réfute d'abord cette thèse spiritualiste, que la faculté du langage articulé crée une différence spécifique, une barrière infranchissable entre l'homme et l'animal. Divers auteurs ont montré que la supériorité de l'homme réside seulement dans un plus grand développement cérébral et intellectuel. Sans s'arrêter à cette hypothèse des anciens, que le langage est inné et inhérent à la nature humaine, M. Delfino fait remarquer que le langage articulé est un art difficile, acquis, transmis de génération en génération. Les langues ne s'impro-



visent pas, mais se développent peu à peu par degrés, et leur naissance est contemporaine de la naissance de l'homme. D'ailleurs, elles n'ont pas une origine unique (irréductibilité des langues indo-européennes et sémitiques entre elles), mais ont été créées indépendamment les unes des autres et sans doute à des époques différentes. L'évolutionnisme a cherché l'origine du langage intellectuel dans l'expression des émotions, le chant servant de transition entre le cri de l'animal et le langage articulé de l'homme. A l'origine d'un grand nombre de mots se trouvent la reproduction des bruits de la nature, l'imitation des cris d'animaux, des interjections représentatives d'émotions. Ces onomatopées ont probablement constitué des racines qui ont ensuite donné naissance à une multitude de mots. L'imitation s'est servie de formes nombreuses pour exprimer une même idée ; la sélection naturelle est intervenue pour ne laisser subsister que les formes les plus simples, commodes et intelligibles. L'esprit humain a dû intervenir dans ce travail de sélection, et dans l'imitation, qui implique, outre la réflexion et la volonté, l'existence de l'abstraction et de la généralisation. Quand l'homme primitif a commencé à communiquer avec ses semblables par signes, gestes ou autres modes inarticulés d'expression, il possédait déjà la pensée et la réflexion.

L. ARSIMOLES.

*Manuel de neurologie à l'usage des praticiens et des étudiants ;*  
par le D<sup>r</sup> L. Marchand, médecin des Asiles publics d'aliénés. 1 vol. in-18, avec 34 figures dans le texte. Paris, O. Doin, 1909.

M. Marchand a destiné son nouveau livre aux praticiens et aux étudiants. Il en a volontairement éliminé les détails, les longues discussions théoriques et la bibliographie. L'ouvrage est divisé en deux parties : dans la première est exposée la sémiologie nerveuse ; la seconde est consacrée à la description des maladies en particulier.

La partie sémiologique est de beaucoup la plus importante et la plus intéressante. Comme le dit M. Marchand dans son Introduction : « L'exposé des caractères différentiels des symptômes pris en particulier apporte autant de données pour le diagnostic que la description des maladies elles-mêmes. » Les études sémiologiques du système nerveux sont nombreuses et presque toujours excellentes : celle de M. Marchand est la

plus pratique et la plus claire, elle présente l'avantage précieux d'être enrichie de tous les travaux récents. L'auteur étudie successivement les troubles de la sensibilité, de la motilité, de l'intelligence, du langage, des fonctions physiologiques. Il a eu la bonne idée de faire précéder chacun de ces chapitres d'un rapide exposé anatomique illustré de schémas personnels. Le lecteur retrouve ainsi immédiatement les détails morphologiques qu'il a pu oublier et suit facilement la description. La description sémiologique elle-même est essentiellement pratique. M. Marchand décrit de façon très précise la technique de l'exploration du malade, les mouvements qu'il faut lui faire effectuer, les questions qu'il faut lui poser.

Dans la seconde partie on trouve l'étude des maladies nerveuses en particulier, et aussi celle de certaines maladies infectieuses (tétanos, rage, lèpre), que M. Marchand fait entrer à juste titre dans le cadre des maladies nerveuses à cause du siège des lésions et de la prédominance des symptômes nerveux.

Cette seconde partie qui ne pouvait guère être très originale ressemble au chapitre des maladies nerveuses de tous les bons manuels. On regrette même un peu que M. Marchand ne l'ait pas sacrifiée, renvoyant le lecteur aux traités de médecine ordinaire pour s'étendre davantage sur la sémiologie dont nous avons dit plus haut l'intérêt. Cependant il est probable que les étudiants ne seront pas de notre avis et préféreront apprendre les maladies nerveuses dans le manuel de M. Marchand : ils aimeront ses descriptions rapides, pratiques, débarrassées des noms propres encombrants ; ils y trouveront un résumé des travaux les plus récents et d'utiles indications thérapeutiques.

Enfin, il nous faut signaler une troisième partie très appréciable qui est l'index alphabétique. Cet index constitue un petit dictionnaire des signes, des symptômes, des syndromes, des maladies connues sous le nom de l'auteur qui les a décrits. Comme ils sont nombreux en neurologie, on a le droit d'en oublier quelques-uns ; un coup d'œil sur l'index de M. Marchand indique le numéro de la page où on en trouvera la description complète en peu de mots.

L'ensemble constitue un ouvrage clair et pratique, qui sera certainement apprécié par les étudiants auxquels il est destiné.

PAUL GUIRAUD.

*Les névralgies et leur traitement*; par les D<sup>rs</sup> F. Lévy et A. Baudouin, 1 vol. in-18 des *Actualités médicales*. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1910.

En un petit volume clair, précis et bien divisé, les D<sup>rs</sup> Lévy et Baudouin ont fait une revue générale de la thérapeutique des névralgies.

Après avoir, dans quelques considérations générales, donné la définition des névralgies et leur division, ils passent rapidement sur la thérapeutique étiologique qui consiste dans le traitement de la maladie générale (syphilis, paludisme, diabète) ou de la lésion locale (tumeur, cal vicieux), cause de la névralgie.

La thérapeutique symptomatique est très riche. Elle utilise tantôt des médicaments internes tels que l'opium, l'aconitine, etc.; tantôt des actions locales par la révulsion, le massage, l'électricité. La multiplicité de ces moyens montre que leur efficacité est très relative. Lorsqu'ils échouent, on doit essayer l'injection dans le tronc nerveux de substances anesthésiques ou destructrices, et enfin se résoudre quelquefois à des opérations.

Le plus commode des agents destructeurs est l'alcool : il produit une dégénérescence complète du bout périphérique et une chromatolyse plus ou moins complète et durable des cellules du ganglion sensitif ou du noyau moteur. De cette action sur le corps cellulaire, il résulte : 1° que les injections intranerveuses d'alcool produisent, en cas de névralgie, une anesthésie durable par destruction des cellules sensibles; 2° qu'on ne doit jamais les employer pour des nerfs mixtes, sous peine de s'exposer à des paralysies et à des atrophies musculaires définitives.

A ces notions générales succède l'étude des névralgies en particulier. MM. Lévy et Baudouin décrivent d'abord le traitement de la grande névralgie faciale par les injections d'alcool; ils donnent, pour faciliter cette petite opération, des points de repère précis et des schémas d'une clarté parfaite. Dans la névralgie sciatique tronculaire et radiculaire, il faut se borner, pour respecter les branches motrices, à des injections intranerveuses de sérum artificiel cocaïné ou stovaïné.

Les autres traitements classiques (siphonages, injections épidurales, etc.) sont aussi décrits avec détails. Nous nous bornons à citer les deux névralgies les plus importantes. On trouvera quelques mots sur toutes dans le livre de MM. Lévy

et Baudouin. Nous sommes persuadé que les médecins qui auront lu leur *Actualité médicale* n'hésiteront pas à utiliser avec profit, dans les névralgies faciales rebelles, les injections d'alcool, qui ne nécessitent pas un grand appareil chirurgical et sont rendues relativement faciles par la précision de la technique.

PAUL GUIRAUD.

*Ueber Hypochondrie und ihre Wurzeln. Neues zur Differentialdiagnose der Hypochondrie, besonders von den Psychosen* (L'hypocondrie et ses origines. Nouvelles considérations sur le diagnostic différentiel de l'hypocondrie, particulièrement avec les psychoses); par le D<sup>r</sup> Max Löwy. Broch. in-8°. Extrait de la *Prager med. Wochenschr.*, XXXIII, 1908, n° 51, S. 766.

Voici le résumé même de l'auteur : « La vraie hypocondrie est une forme des névroses fonctionnelles, surtout de la neurasthénie, en partie aussi de l'hystérie; elle se caractérise par la préoccupation anxieuse de l'état personnel du malade et reflète ainsi les signes fondamentaux de la névrose : la dépression émotionnelle, la faiblesse et l'égocentricité. On trouve aussi des expressions et symptômes hypocondriaques dans les psychoses, surtout dans les démences précoces, qui souvent s'accompagnent de dépression et d'égocentricité. Le genre de cette égocentricité, par perte de l'intérêt général et particulier des choses, et les autres symptômes permettent le diagnostic. L'origine de cette égocentricité a donc une valeur diagnostique importante pour reconnaître la vraie névrose et l'hypocondrie. »

PH. CHASLIN.

*Hysterische, schlafähnliche (lethargische) Zustände* (Etats hystériques analogues au sommeil, léthargiques); par le D<sup>r</sup> Julius Donath. Broch., in-8°. Extrait de la *Wiener klin. Wochenschr.*, 1908, n° 50.

Une jeune fille névropathe tombe, après une fièvre typhoïde et une forte émotion; dans des états de sommeil profond d'où rien ne la tire, pas même la suggestion. Elle est dans l'intervalle hypnotisable, mais, hypnotisée, ne se rappelle rien de ce sommeil. Elle a des rétrécissements du champ visuel, de l'am-

blyopie hystérique et des attaques. M. Julius Donath croit qu'il ne s'agit pas ici d'autohypnose. Tout cela disparut fin avril 1908, et en juillet la santé était parfaite.

PH. CHASLIN.

---

*Ueber hysterische Amnesie* (Sur l'amnésie hystérique); par le Dr Julius Donath, broch., in-8°. Extrait de l'*Archiv für Psychiatrie*, Bd XLIV, 2.

Deux observations, qui se laissent mal résumer, d'état « crépusculaire » chez des hystériques, pendant lequel il y eut amnésie rétro-antérograde. Ces états sont toujours curieux à observer et à étudier. On espère toujours qu'ils jetteront quelque jour sur la nature de l'hystérie.

PH. CHASLIN.

---

*Brown-Sequard'sche Lähmung traumatischen Ursprunges* (Syndrome de Brown-Séguard d'origine traumatique); par le Dr Julius Donath. Broch., in-8°. Extrait de la *Woch. Pester med. chir. Presse*, n° 1, 45 Jahrg., 1909.

Un cas de syndrome de Brown-Séguard qu'il faut lire dans l'observation même à cause des détails qui le différencie des autres.

PH. CHASLIN.

---

*L'imagination chez l'enfant normal*; par G. Paul-Boncour et J. Boyer. Broch. in-8°. Paris, 1910.

Les recherches sur l'imagination chez l'enfant anormal offrent les plus grandes difficultés. Les auteurs ont observé à ce point de vue un certain nombre d'idiots, d'imbéciles et de simples arriérés. Ils donnent la série des tests visuels, auditifs, tactiles, gustatifs, olfactifs, moteurs, émotifs, d'interprétation, qu'ils ont employés, ainsi que les résultats auxquels ils sont arrivés.

ROGER DUPOUY.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

E. BRAVETTA et G. PARAVICINI. La reazione di Wassermann nelle malattie mentali. 11 pages in-8°. Extrait du *Bollettino della Società medico-chirurgica di Pavia*, 1910.

F. BRAVO Y MORENO et J. VILARRASA Y ARENYAS. Tres asesinatos y un suicidio. Relacio de las autopsias judiciales. 18 pages in-8°. Barcelona, s. d.

F. A. STEINHAUSEN. Nervensystem und Insolation. Entwurf einer klinischen Pathologie der kalorischen Erkrankungen. 1 vol. cart. de 163 pages. Berlin, August Hirschwald, 1910.

DINO DE ALBERTIS. Un caso di polimastia in soggetto epilettico. 7 pages in-8°, avec figure. Extrait des *Archivio di Psichiatria, etc.*, 1909.

— Contributo alla diagnosi anatomo-patologica della paralisi progressiva. 30 pages in-8°. Extrait de la *Riforma medica*, 1910.

— Contributo all'anatomia pathologica della tiroide nella paralisi progressiva. 19 pages in-8°. Extrait des *Note e riviste di Psichiatria*, 1910.

— L'azione dell' eserina sulla pupilla dei malati di paralisi progressiva. 15 pages in-8°. Extrait des *Note e riviste di Psichiatria*, 1910.

ALFRED BINET. L'Année psychologique. Seizième année. 1 vol. in-8° de 500 pages. Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, 1910.

TOULOUSE. Enquête médico-psychologique sur la supériorité intellectuelle. Tome II. Henri Poincaré. 1 vol. in-18 de 204 pages, avec portrait. Paris, Ernest Flammarion, s. d.

CHARLES H. NORTH. Dannemora State hospital for insane convicts. Tenth annual report for the year ending september 30, 1909. 20 pages in-8°, s. l. n. d.

RENÉ SEMELAIGNE. Une consultation d'Esquirol. 6 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société française d'histoire de la médecine*, 1910.

J. LHERMITTE. La maladie du sommeil et les narcolepsies. Rapport présenté au XX<sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Bruxelles-Liège, 1-7 août 1910. 73 pages in-8°. Bruxelles, 1910.

AUG. REY et RENÉ CHARPENTIER. Alcoolisme et criminalité. Rapport présenté au XX<sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes

et neurologistes de France et des pays de langue française. Bruxelles-Liège, 1-7 août 1910. 80 pages in-8°. Bruxelles, 1910.

TOULOUSE. Comment se conduire dans la vie. 1 vol. in-16 de 280 pages. Paris, Hachette et C<sup>ie</sup>, 1910.

P. LADAME. Sinistrose et simulation. 11 pages in-8°. Extrait de la *Revue suisse des accidents de travail*. Genève, 1910.

FÉLIX ROSÉ. La systématisation des lésions cutanées dans les maladies nerveuses. Rapport présenté au XX<sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Bruxelles-Liège, 1-7 août 1910. 47 pages in-8° avec planches. Bruxelles, 1910.

A. AUSTREGESILO. Ueber Infektionspsychosen in den Tropenländern. 22 pages in-8°. Extrait de l'*Archiv für Schiffs und Tropen-Hygiene*, 1910.

JULIANO MOREIRA. Geisteskrankheiten bei Leprakranken. 12 pages in-8°. Extrait de *Lepra. Bibliotheca internationalis*, Band XI, 1910.

MAX LÖWY. Stereotyp « pseudokatatone » Bewegungen bei leichtester Bewusstseinsstörung (im « hysterischen » Ausnahmestande). 11 pages in-8°. Extrait du *Zeitschrift für die gesammte Neurologie und Psychiatrie*, 1910.

— Eine Spiralprüfungsmethode mit dem Pinsel zur Abgrenzung berührungsanästhetischer und berührungshypästetischer Hautstellen. 2 pages in-8°. Extrait de la *Wiener klinischen Wochenschrift*, 1910, n° 27.

G. H. LEWES. La philosophie des sciences de Comte. Traduction de l'anglais par M<sup>me</sup> Hillebard-Joyau. 1 vol. de 346 pages. Paris, aux bureaux de la *Revue positiviste internationale*, 1910.

L. LAGRIFFE. Recherches sur l'hérédité dans les maladies mentales. 23 pages in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle*, numéro du 15 juillet 1910.

J. RAMADIER et OLIVIER. Rapport médical, compte moral et administratif de l'asile public d'aliénés de Blois et de l'hospice Dessaignes. 86 pages in-8°. Blois, Grande Imprimerie, 1910.

HENRI PIÉRON. L'évolution de la mémoire. 1 vol. in-18 de 360 pages, de la *Bibliothèque de philosophie scientifique*. Paris, Ernest Flammarion, 1910.

MAX KAUFFMANN. Beiträge zur Pathologie des Stoffwechsels bei Psychosen. Dritter Teil : Funktionelle Psychosen. 238 pages in-8°. Iena, Gustav Fischer, 1910.

---

---

# VARIÉTÉS

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS

*Arrêtés de février 1911* : M. le D<sup>r</sup> TISSOT, médecin-adjoint de l'asile de Dury (Somme), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.500 francs) ;

M. le D<sup>r</sup> GELMA, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ;

M. le D<sup>r</sup> ALAIZE, médecin-adjoint en disponibilité (concours de 1907), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Dizier ;

M. le D<sup>r</sup> ADAM, médecin-adjoint de l'asile Saint-Georges, à Bourg (Ain), reçoit la médaille d'honneur en argent de l'Assistance publique.

— *Arrêtés de mars 1911* : M<sup>lle</sup> PASCAL, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise), est promue à la 2<sup>e</sup> classe de son grade (3.500 francs) ;

M. le D<sup>r</sup> GUIARD, médecin-adjoint de l'asile de Châlons (Marne), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.500 francs) ;

M<sup>me</sup> CARTIER, infirmière en chef de l'asile de Bassens (Savoie), obtient la médaille d'argent de l'Assistance publique ;

M<sup>me</sup> PERRET, surveillante en chef de l'asile de Bassens, obtient la médaille de bronze de l'Assistance publique.

— *Arrêtés du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts* : MM. les D<sup>rs</sup> RODIET, médecin-directeur de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), et JACQUIN, médecin en chef de l'asile Sainte-Madeleine, à Bourg (Ain), sont promus officiers de l'Instruction publique.

— *Université de Neuchâtel (Suisse)* : Le Sénat universitaire, dans sa séance du 27 avril 1911, a nommé à l'unanimité notre distingué collaborateur, M. le D<sup>r</sup> CHATELAIN, ancien médecin-directeur de l'asile de Préfargier, recteur de l'Université pour les deux années 1911 à 1913. Le nouveau recteur entrera en fonctions le 15 octobre 1911.

## PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine, dans sa séance du 21 mars 1911, a reçu communication de la liste des mémoires et ouvrages



qui ont été adressés pour concourir aux prix à décerner à la fin de cette année; elle a procédé, dans la même séance, à l'élection des Commissions de prix. Voici les renseignements relatifs à la médecine mentale et nerveuse :

**PRIX ARGUT.** — N° 1. Des injections profondes d'alcool cocaïné ou stovainé dans les névralgies faciales rebelles et dans d'autres névralgies, par M. le D<sup>r</sup> Ostwalt, de Paris.

Commission : MM. Dieulafoy, Lucas-Championnière, Netter.

**PRIX BARBIER.** — N° 2. Traitement pathogénique des affections nerveuses parasymphilitiques, tabes et paralysie générale, par M. le D<sup>r</sup> A. Sézary, chef de laboratoire adjoint à la Faculté de médecine de Paris.

N° 6. Recherches épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques sur la méningite cérébro-spinale. — La méningite cérébro-spinale prolongée à forme cachectisante, par M. le D<sup>r</sup> Robert Debré, de Paris.

Commission : MM. Blanchard, Troisier, Mosny.

**PRIX CAPURON.** — Question : *Pathogénie de l'éclampsie gravidique.*

N° 1. Devise : « *Felix qui potuit rerum cognoscere causas* ».

N° 2. Devise : « *In medio stat vitrus* ».

N° 3. Devise : « *Hic rhodus, hic salta* ».

N° 4. Devise : « *Principiis obsta* ».

Commission : MM. Guéniot, Porak, Bar.

**PRIX CIVRIEUX.** — Question : *La démence organique.*

N° 1. Devise : « *In labore quies* ».

Commission : MM. Magnan, Fernet, Thoinot.

**PRIX CLARENS.** — N° 5. Le crime devant la science, par M. le D<sup>r</sup> Wahl, médecin en chef des asiles publics d'aliénés, à Pontorson (Manche).

Commission : MM. Perrier (Ed.), Benjamin, Thoinot.

**PRIX THÉODORE HERPIN (DE GENÈVE).** — N° 1. Les sciaticques; leurs traitements, par MM. les D<sup>rs</sup> L. Lortat-Jacob, de Paris, et G. Sabareanu.

N° 2. La poliomyélite aiguë, par MM. les D<sup>rs</sup> Job, médecin-major de 2<sup>e</sup> classe, répétiteur à l'École de service de santé militaire, et J. Froment, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon.

N° 3. Manuel pratique d'examen, de symptomatologie et de thérapeutique des maladies du système nerveux, par M. le D<sup>r</sup> Marius Bernard, de Cannes.

N° 4. Traité des torticolis spasmodiques, etc., par M. le D<sup>r</sup> René Cruchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

N° 5. La fonction cérébelleuse, par M. le D<sup>r</sup> André Thomas, de Paris.

N° 6. Les abcès de l'encéphale, par MM. le D<sup>r</sup> Fernand Lévy et Paul Baufle, interne des hôpitaux.

N° 7. La démence précoce, étude psychologique médicale et médico-légale, par M<sup>lle</sup> le D<sup>r</sup> Costanza Pascal, médecin à l'asile d'aliénés de Clermont (Oise).

N° 8. De quelques formes anormales de zona, par MM. les D<sup>rs</sup> Jean Minet, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et Jules Leclercq, ancien interne des hôpitaux de Lille.

N° 9. Etudes de pathologie méningée, par M. le D<sup>r</sup> J. Tinel, de Paris.

N° 10. Série de travaux sur les méningites, par M. le D<sup>r</sup> E. Sacquépée, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

N° 11. Faits cliniques de nature à faire concevoir une pathogénie mécanique de la chorée de Sydenham, par M. le D<sup>r</sup> Paul Godin, de Saint-Raphaël.

Commission : MM. Landouzy, Troisier, Déjerine.

PRIX DU COMTE HUGO. — N° 14. Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale.

— Devise : « *Créer une science n'est autre chose que faire une langue* ».

Commission : MM. Reclus, Chauffard, Capitan.

PRIX LEFÈVRE. — Question : *De la mélancolie.*

N° 1. Devise : « *Veni, vidi, vici* ».

N° 2. Devise : *Si, en cette œuvre, j'ai imité les doctes qui ont écrit devant moy, les uns après les autres, ce n'a été avec intention de dérober leurs peines et me parer de leurs plumes, mais plus tost pour renouveler leur labeur et vertu et quasi les faire renaître* ».

N° 3. Devise : « *Vitam impendere vero* ».

N° 4. Devise : Ἔοικε δὲ τὰ τῆς ψυχῆς πάθη πάντα εἶναι μετὰ σώματος.

Commission : MM. Debove, Déjerine, de Fleury.

PRIX HENRI LORQUET. — N° 1. Aliénés et anormaux, par M. le D<sup>r</sup> Jacques Roubinovitch, médecin en chef de l'hospice de Bicêtre.

N° 2. L'aphasie dans ses rapports avec la démence et les vésanies, par M. le D<sup>r</sup> Maurice Brissot, interne à l'asile de Villejuif (Seine).

N° 3. L'aliénation mentale à la colonie correctionnelle d'Eysses, par M. le D<sup>r</sup> André Mahon, médecin en chef des Asiles publics d'aliénés, à Mont-de-Marsan.

Commission : MM. Lereboullet, Magnan, Thoinot.

**PRIX ADOLPHE MONBINNE.** — N° 6. Troubles psychiques dans la maladie du sommeil, par MM. les D<sup>rs</sup> Gustave Martin et Ringenbach, médecins des troupes coloniales.

Commission : MM. Richelot, Barrier, Gilbert.

**CONCOURS DE 1911 POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN-ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS ET POUR L'APTITUDE AUX FONCTIONS DE MÉDECIN D'ASILE PRIVÉ.**

Le lundi 1<sup>er</sup> mai 1911, un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'Intérieur, tant pour l'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asile privé.

Le nombre des postes de médecin-adjoint d'asiles publics mis au concours est fixé à cinq.

Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au ministère de l'Intérieur une demande, accompagnée de leur acte de naissance, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, ainsi que des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires.

Les candidatures seront inscrites au ministère de l'Intérieur (1<sup>er</sup> bureau de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 7, rue Cambacérès), du 15 mars au 1<sup>er</sup> avril inclus.

Chaque postulant sera informé, par lettre individuelle, de la suite donnée à sa demande.

Le jury du concours est constitué comme suit :

*Président* : M. GRANIER, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur.

*Membres titulaires* : MM. les D<sup>rs</sup> RÉMOND (de Metz), professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Toulouse ;

LAIGNEL-LAVASTINE, professeur agrégé de médecine mentale à la Faculté de médecine de Paris ;

VALLON, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne ;

RAMADIER, directeur-médecin de l'asile de Blois ;

COLIN, médecin en chef de l'asile de Villejuif ;

ALOMBERT-GOGET, médecin en chef de l'asile de Marseille.

*Membres suppléants* : MM. les D<sup>rs</sup> SIZABET, médecin en chef de l'asile de Rennes ;

SÉRIEUX, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche.

Les fonctions de secrétaire seront remplies par M. DE SAINT-SAUVEUR, chef du premier bureau de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'Intérieur, et celles

de secrétaire adjoint par M. TISSOT, secrétaire adjoint de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'Intérieur.

**CRÉATION D'UN CERTIFICAT D'ÉTUDES PÉNALES  
A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER.**

Il vient d'être créé à l'Université de Montpellier un certificat d'études pénales.

L'enseignement relatif à ce certificat comprend : 1° le droit pénal ; 2° la procédure pénale ; 3° la criminologie et la science pénitentiaire ; 4° la psychiatrie et la médecine légale. La durée de cet enseignement est de deux semestres.

Cet enseignement est organisé sous la direction du doyen de la Faculté de droit par les professeurs des Facultés de droit et de médecine. En dehors des cours de droit criminel faits à la Faculté de droit et des cours de médecine légale et de psychiatrie faits à la Faculté de médecine, il comporte trois conférences :

*La première*, faite pendant le semestre d'hiver, portera sur la procédure pénale et le fonctionnement de l'administration pénitentiaire, avec des notions sur le patronage des libérés, l'assistance et l'éducation des enfants vicieux et moralement abandonnés.

*La deuxième*, faite pendant le semestre d'été, aura pour objet l'étude pratique avec pièces et examen de dossiers, de la marche de l'instruction et du procès pénal et du fonctionnement du régime pénitentiaire.

*La troisième*, sur la psychiatrie et la médecine légale.

Des conférences pratiques complémentaires peuvent être faites par des personnes n'appartenant pas à l'Université et particulièrement par des membres de la magistrature, du barreau et de l'administration.

Peuvent être admis à suivre ces conférences : 1° les licenciés et docteurs en droit ; 2° les bacheliers en droit ; 3° les élèves pourvus du certificat de capacité ; 4° les candidats non munis des titres précités, mais agréés par le doyen et immatriculés à la Faculté de droit ; 5° les étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions.

L'assiduité aux conférences est obligatoire.

Le certificat d'études pénales est accordé après constatation de l'assiduité aux cours, conférences et exercices pratiques, et après examen de l'aptitude du candidat. Cet examen consiste en une épreuve orale comprenant quatre interrogations, savoir :

La première, sur le droit pénal général et les principales infractions; la deuxième, sur la procédure pénale théorique et pratique; la troisième, sur la science et l'administration pénitentiaires; la quatrième, sur la psychiatrie et la médecine légale.

## TRIBUNAUX

*Réclamations de dommages-intérêts par la famille d'une aliénée décédée hors de l'asile.* — M<sup>me</sup> Turpin, âgée de cinquante-six ans, était, en juin 1904, admise d'office à l'asile de la Maison-Blanche, à raison de troubles mentaux qui la rendaient dangereuse pour elle-même et pour les personnes qui l'entouraient.

Le 29 août, M<sup>me</sup> Turpin fut placée dans le quartier des gâteuses.

En novembre de la même année, les filles de M<sup>me</sup> Turpin demandèrent à reprendre leur mère; celle-ci, qui n'était plus dangereuse, leur fut remise le 16 novembre 1904. La malheureuse femme décéda le 24 décembre suivant.

Le 31 janvier dernier, devant la 1<sup>re</sup> chambre du tribunal, présidé par M. Ancelle, les filles de M<sup>me</sup> Turpin réclamaient 15.000 francs de dommages-intérêts au préfet de la Seine. Elles prétendaient que le décès de leur mère avait eu pour cause la négligence et la faute grave du directeur de l'asile de Maison-Blanche, qui n'a pas prescrit les soins nécessaires à la malade confiée à sa garde, ni veillé à ce que ces soins fussent donnés. Elles soutenaient, en outre, que le directeur de l'asile avait omis d'avertir la famille de M<sup>me</sup> Turpin de l'état dans lequel celle-ci se trouvait, et avait ainsi empêché de donner à la malheureuse femme les soins dont elle avait besoin.

Après plaidoiries de M<sup>e</sup> Georges Deligand, avocat d'office, et de M<sup>e</sup> Bourdillon, le tribunal a rendu un jugement dont l'attendu suivant est à citer : « ..... Attendu que l'administration de l'asile de la Maison-Blanche, qui n'avait nullement l'obligation de prévenir la famille de la dame Turpin de l'état d'une malade qu'on lui retirait ni de lui donner des conseils, ne saurait être déclarée responsable de ce qu'elle n'a pris aucune précaution à cet égard. »

Les filles de M<sup>me</sup> Turpin ont, en conséquence, été déboutées de leur demande en 15.000 francs de dommages-intérêts contre le préfet de la Seine. (*Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale*, numéro de février 1911.)

*Le docteur psychologue.* — On lit dans le *Répertoire de médecine et de chirurgie* (numéro de février 1911) :

Les formes de l'exercice illégal de la médecine sont extrê-

mement variées. Les aigrefins se sont ingénies de mille façons pour exploiter l'inépuisable réservoir qu'est la crédulité humaine.

Nous avons mentionné la condamnation d'un pharmacien qui, par la répétition illégale des ordonnances, avait facilité l'exercice de la médecine à un citoyen plus dépourvu de diplôme que de scrupules.

Nous avons eu à Alger un cas à peu près semblable. Seulement, notre pseudo-confrère algérois ne délivrait pas d'ordonnance ; il opérait seul, prescrivant des douches, des massages et calmant les migraines ou autres manifestations nerveuses par un casque magnétique.

Condamné une première fois, au mois de mai dernier, le « docteur psychologue » était poursuivi une deuxième fois pour le même délit.

Les hasards de la vie et des professions amènent des rencontres originales : les poursuites ont eu lieu à la requête du Syndicat médical, présidé par le D<sup>r</sup> Murat ; la défense du prévenu a été présentée par M<sup>e</sup> Murat, avocat, le frère du sympathique président du Syndicat médical, qu'on ne saurait trop féliciter de son initiative.

D'après la *Dépêche algérienne*, le docteur psychologue a été condamné à quinze jours d'emprisonnement et 500 francs d'amende. Il a aussitôt interjeté appel du jugement.

#### LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (suite).

22. *Agression violente.* — Une sauvage agression a été commise hier sur la personne de M. Livet, maire de Combres.

Sollicitant un secours et éconduit, le nommé Claudius Pothier, vingt-sept ans, tisseur, s'est jeté subitement sur M. Livet, et l'a frappé et terrassé avec la dernière violence. Dégagé par des voisins, le malheureux maire portait de nombreuses ecchymoses, et a, de plus, une côte enfoncée. Son agresseur, qui ne paraît pas jouir de la plénitude de ses facultés mentales, a été interné ce matin dans un asile d'aliénés. (*Le Journal*, numéro du mercredi 29 décembre 1910.)

23. *Infanticide et suicide.* — On télégraphie de Nice au *Temps* (numéro du jeudi 29 décembre 1910) :

Veuf et père de trois enfants, dont les deux aînées étaient mariées, un cultivateur fleuriste des environs de Nice, Louis Canestrier, âgé de cinquante et un ans, vivait avec son dernier enfant, un garçonnet de dix ans. En proie à une profonde neurasthénie, il négligea peu à peu ses cultures. Un vol dont il fut victime contribua à égarer sa raison. La misère enfin ne tarda pas à achever d'affoler le malheureux. N'ayant plus vu son jeune frère depuis deux jours, une des filles de Canestrier

se rendit chez lui : le fleuriste s'était empoisonné et avait empoisonné son fils ; les deux cadavres étaient étendus à terre.

24. *Agression violente.* — Un fracas épouvantable retentissait, hier matin, vers dix heures, dans un immeuble sis au n° 29, rue Brochant. Prise d'une crise de folie subite, une locataire, M<sup>me</sup> Léonie de Jonghe, âgée de vingt-huit ans, venait de jeter tous ses meubles par la fenêtre et brandissait un énorme poignard dont elle menaçait des ennemis imaginaires.

Il était à craindre que la démente ne se livrât à des violences regrettables ; aussi la concierge alla-t-elle chercher, au commissariat, les inspecteurs Vitoux et Lambert, qui montèrent à l'appartement de la dangereuse démente. Pour pénétrer chez elle, ils durent enfoncer la porte. A la vue des policiers, M<sup>me</sup> de Jonghe se précipita sur eux, cherchant à les frapper de son arme. Une lutte terrible s'engagea avec la folle, dont les forces étaient décuplées. La malheureuse fut enfin maîtrisée ; mais on fut obligé de la ligotter pour la conduire à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du samedi 31 décembre 1910.)

25. *Suicide.* — On télégraphie de Brest au *Journal* (numéro du dimanche 8 janvier 1911) :

Un ouvrier de l'arsenal, nommé Louis Saliou, quarante ans, de l'atelier des bâtiments en fer, marié et père de deux enfants, était entré, il y a quelques jours, en traitement à l'hôpital Clermont-Tonnerre pour embarras gastrique. Le médecin traitant s'aperçut bientôt que Saliou était, de plus, atteint de troubles cérébraux, et, aujourd'hui même, on devait le changer de service et le mettre dans une section spéciale.

Ce matin, à dix heures, Saliou, qui se disait en butte aux vengeances de ses collègues, pénétra dans les water-closets, en ouvrit la fenêtre et se précipita dans le vide d'une hauteur de 8 mètres. Lorsqu'on le releva, l'ouvrier avait la cuisse brisée et une fracture du crâne.

26. *Agression violente.* — Une scène tragique s'est déroulée, hier soir vers 4 heures, dans l'atelier de M<sup>me</sup> Stenay, fleuriste, 9, rue d'Aboukir. Les ouvrières étaient toutes bien attentionnées à leur ouvrage lorsqu'une de leurs camarades, M<sup>me</sup> Julie Dumont, âgée de quarante-deux ans, manutentionnaire, domiciliée 24, rue Chapon, se leva, en proie à une crise de folie furieuse. La démente se mit à pousser de féroces hurlements, et, s'emparant d'une énorme paire de ciseaux, elle se rua sur ses camarades, terrorisées, cherchant à leur crever les yeux.

Ce fut un moment de terrible panique. Les ouvrières s'enfuirent en poussant des cris d'effroi, tandis que la folle les poursuivait, en brandissant de façon menaçante son arme terrible.

Prévenu de ce drame, M. Gaubert, commissaire de police du quartier du Mail, accourut, à la tête de plusieurs agents, pour arrêter la dangereuse aliénée; mais à la vue des gardiens, Julie Dumont monta au quatrième étage de l'immeuble et s'enferma dans une pièce donnant sur la rue.

Les agents essayèrent d'enfoncer la porte; mais la folle effrayée par le vacarme, enjamba la barre d'appui de la fenêtre, et menaça de se précipiter dans le vide.

M. Gaubert, désireux d'éviter un tragique dénouement, envoya alors chercher les pompiers de la caserne Jean-Jacques-Rousseau. Ceux-ci se mirent immédiatement en devoir de capturer la malheureuse démente qui poussait des cris stridents. Au-dessous de la fenêtre, on dressa d'immenses bâches, destinées à recevoir Julie Dumont, s'il lui prenait la fantaisie de se jeter dans la rue; puis, à l'aide d'échelles, les sauveteurs parvinrent jusqu'à la folle, qu'ils réussirent à saisir au moment où elle allait mettre son fatal projet à exécution.

La malheureuse, qui continuait à hurler et à se débattre avec une sauvage énergie, fut enfin placée dans une voiture qui la conduisit à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Une foule énorme suivit avec angoisse les diverses péripéties de cette scène dramatique. (*Le Journal*, numéro du dimanche 8 mars 1911.)

27. *Suicide*. — On lit dans *l'Eclair* (numéro du dimanche 8 janvier 1911) :

Hier après-midi, l'attention des promeneurs du Bois de Vincennes était attirée par les gestes et l'attitude énigmatique d'une dame âgée qui arpentait fiévreusement les bords du lac Daumesnil. Tout à coup, ils la virent se précipiter à l'eau et disparaître. Des gardes avertis accoururent immédiatement et retirèrent l'infortunée, mais il était trop tard. La malheureuse était morte.

M. Lacroix, commissaire de police, put établir qu'elle se nommait Anastasie Pagase, soixante-trois ans, et qu'elle habitait Saint-Mandé. Elle était neurasthénique.

28. *Suicide*. — On écrit de Nanterre au *Matin* (numéro du jeudi 12 janvier 1911) :

Atteint du délire de la persécution, Pierre Coste, vingt-trois ans, s'est couché sur la voie du chemin de fer, s'est logé trois balles dans la poitrine et s'est fait écraser par un rapide.

29. *Tentative de suicide*. — Un chimiste, M. Gaston Delleur, âgé de vingt-cinq ans, demeurant 85, boulevard de Strasbourg, était pris, hier soir, vers huit heures, d'une crise de folie furieuse. Le malheureux dément sortit en courant de son domicile, et, se précipitant sur la voie du tramway, il se coucha en travers des rails au moment où arrivait, à vive allure,



la voiture 212 T-I Bastille-Clignancourt. Le wattman, Théodore Hubert, qui avait heureusement aperçu le geste du fou, bloqua ses freins et réussit à arrêter le lourd véhicule à peine à quelques centimètres de l'infortuné chimiste.

Des agents relevèrent le pauvre fou qui, peu de temps après, était envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt par les soins de M. Durand, commissaire de police du quartier de la Porte-Saint-Martin. (*Le Journal*, numéro du vendredi 13 janvier 1911.)

30 *Agression violente.* — Alcoolique invétéré, le charretier Palpan, demeurant 11, rue Jean-Baptiste-Besche, à Rueil, était pris hier, à la gare de cette localité, d'un accès de delirium tremens. Se servant comme d'une masse de l'énorme gourdin qu'il tenait à la main, il fit voler en éclats le calorifère ainsi que les distributeurs automatiques.

Des employés voulurent s'emparer du forcené, mais Palpan, tournant contre eux sa rage folle, les frappa à coups de pied et de poing. Il fallut plus de six hommes pour maintenir l'alcoolique qui dut être solidement ligoté pour être conduit à la gendarmerie de Rueil. (*Le Journal*, numéro du mardi 24 janvier 1911.)

31. *Agression violente et tentative de suicide.* — On lit dans le *Journal* (numéro du jeudi 26 janvier 1911) :

Récemment sorti d'un asile d'aliénés, René Prigeant, vingt-sept ans, errait hier à Versailles, avenue de Paris. Avisant un détachement du 14<sup>e</sup> régiment d'artillerie, il s'approcha du sous-officier Baumgarten et lui porta un coup de poing au visage en lui adressant des injures.

Conduit à la prison de l'Hôtel-de-Ville, le fou tenta de s'étrangler avec son gilet de laine.

Prigeant a été transporté à l'hôpital sur les ordres de M. Debeauchey, commissaire central.

32. *Homicide et tentative de suicide.* — On télégraphie de Londres au *Journal* (numéro du vendredi 27 janvier 1911) :

Un employé de chemin de fer nommé Wilkinson, rentrant chez lui à Forest gate, près de Londres, à huit heures hier soir, trouva les portes de son logis fermées et dut rentrer par la fenêtre. Inquiet du silence qui régnait dans la maison, il alla dans la chambre à coucher et y trouva sa femme étendue par terre, une large blessure à la gorge. Elle respirait encore. Il lui demanda où était sa fille aînée, âgée de quinze ans. La femme répondit : « Je l'ai tuée ». Et, allant dans la chambre de sa fille, le père retrouva sa fille morte sur son lit. Elle avait été assommée à coups de maillet. La mère, qui ne jouit pas de toutes ses facultés mentales, a été transportée à l'hôpital, où on croit pouvoir la sauver.

33. *Tentative de meurtre et suicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du dimanche 5 février 1911) :

M. Schmazer, âgé de cinquante-six ans, rentier habitait depuis le mois de novembre chez son fils, musicien, marié et père de deux enfants, au numéro 48 de la rue d'Orsel.

Atteint de troubles cérébraux, M. Schmazer venait de passer deux mois dans une maison de santé de Villejuif, et on le croyait guéri.

Or, hier matin, vers onze heures, tandis que son fils reposait dans sa chambre, le père Schmazer s'empara brusquement d'un couteau et fonça violemment sur sa bru, la frappant à la cuisse et dans le dos. La malheureuse s'enfuit en poussant des cris éperdus, tandis que son beau-père, trouvant la fenêtre ouverte se précipita du quatrième étage dans la cour.

On transporta le rentier dans une pharmacie voisine, où le Dr Chazal, qui s'y trouvait, ne put que constater le décès.

Au 48 de la rue d'Orsel, les gardiens de la paix trouvèrent, M<sup>me</sup> Mathilde Schmazer grièvement blessée de deux coups de couteau, l'un à la cuisse, l'autre à l'omoplate gauche. On la transporta à l'hôpital Lariboisière. Ses blessures, quoique graves, ne mettent pas ses jours en danger.

34. *Suicide.* — Une cuisinière, M<sup>lle</sup> Julia Oudat, âgée de trente-deux ans, domiciliée 20, avenue de la Grande-Armée, s'est donné hier la mort dans des circonstances particulièrement tragiques. Vers onze heures du matin, la désespérée, qui depuis quelque temps était hantée par l'idée du suicide, demanda à ses maîtres la permission de monter à sa chambre, au sixième étage.

Comme elle n'était pas encore descendue à trois heures de l'après-midi, son patron, inquiet, monta auprès d'elle. Il la découvrit, râlant sur le parquet. La malheureuse s'était affreusement tailladé la gorge à coups de ciseaux, et de ses horribles blessures s'échappaient des flots de sang qui s'écoulaient dans un seau hygiénique, que la malheureuse avait pris le soin de placer à côté d'elle.

Transportée à l'hôpital Beaujon, Julia Oudat y rendit le dernier soupir, après une longue et atroce agonie. (*Le Journal*, numéro du mardi 7 février 1911.)

35. *Tentative d'homicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du mercredi 15 février 1911) :

M. le juge d'instruction Boucard avait, nous l'avons annoncé, chargé trois médecins aliénistes d'examiner l'état mental de Gizolme qui dernièrement tira des coups de revolver à la Chambre des députés, blessant M. Mirman. Les experts, MM. Gilbert Ballet, Vallon et Dupré viennent de déposer leur rapport : ils concluent à l'entière irresponsabilité de Gizolme.

M. Boucard a communiqué sa procédure au Parquet. C'est M. le substitut Sautereau qui réglera le dossier. Un non-lieu sera rendu, à la suite duquel Gizolme sera remis à l'autorité administrative pour être placé dans un asile d'aliénés.

36. *Menaces de mort.* — Devenu subitement fou furieux, M. André Antoine, trente-trois ans, garçon de magasin, 5, rue de Condé, a brisé son mobilier, hier matin, en menaçant de mort ses voisins. M. Cossin, commissaire de police, l'a fait conduire à l'infirmerie de la préfecture de police. (*Le Matin*, numéro du samedi 18 février 1911.)

37. *Double homicide et suicide.* — On télégraphie de Berlin au *Temps* (numéro du lundi 20 février 1911) :

Un télégramme du Cameroun annonce que le secrétaire Kerner, dans un accès de folie furieuse, a tué le chef de district Biernatzky et le secrétaire Gniess, et a blessé légèrement les secrétaires Nagel et Schnæbelé.

Le meurtrier, qui était au Cameroun depuis 1909, s'est ensuite brûlé la cervelle.

38. *Suicide.* — Un garçon de recettes d'une grande banque parisienne, M. François Feuilletan, âgé de quarante ans, demeurant à Pierrefite, qui présentait des signes évidents de dérangement cérébral, était interné, il y a quelques semaines, dans une maison de santé d'Epinay.

Une amélioration sensible commençait déjà à se manifester dans son état, lorsque, avant-hier, on s'aperçut que M. Feuilletan s'était évadé de l'asile.

Des recherches furent immédiatement entreprises pour retrouver le malheureux dément, mais elles demeurèrent infructueuses, lorsque, hier matin, le corps du garçon de recettes fut retrouvé pendu à un arbre, dans un bois situé au lieudit : « Les Conges », à Sanvois. (*Le Journal*, numéro du lundi 20 février 1911.)

39. *Excentricités.* — On lit dans le *Temps* (numéro du jeudi 2 mars 1911) :

Une foule nombreuse, qui grossissait de minute en minute, stationnait ce matin, vers 10 heures, devant le numéro 107 de la rue Saint-Martin. Monté sur le toit, un fou gesticulait et prononçait des paroles incohérentes. Des agents l'interpellèrent et l'invitèrent à descendre. Il s'y refusa et déclara qu'il se jetterait dans la cour si on essayait de l'appréhender. On dut faire appel au concours des pompiers, et en attendant leur arrivée, on étendit sur le sol des couvertures destinées à amortir sa chute s'il mettait sa menace à exécution. Le malheureux dément put être enfin capturé. Il a été conduit au commissariat de police du quartier Saint-Merri, en attendant son envoi à l'infirmerie du Dépôt.

40. *Tentatives de suicide.* — Dans un accès de démence, Jean Lièvre, trente ans, valet de chambre, s'est jeté hier matin, avenue de la Grande-Armée, sous les roues d'un autobus. Echappé à la mort par hasard, il se releva et alla se précipiter sous un tramway Etoile-Courbevoie, qui put s'arrêter à temps. Le pauvre dément a été conduit à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Matin*, numéro du vendredi 3 mars 1911.)

41. *Tentative de meurtre et suicide.* — On télégraphie de Londres au *Journal* (numéro du vendredi 3 mars 1911) :

Un neurasthénique, âgé de vingt-quatre ans, M. Charlesworth, s'était rendu, samedi dernier, à Burgess Hill, pour y tenter de recouvrer la santé. Il était logé dans une maison particulière avec un serviteur nommé Boakes qui veillait sur lui. Jusqu'à la nuit dernière l'état du malade semblait s'améliorer, et on pensait que bientôt il pourrait revenir à Londres. Mais hier soir, alors que son serviteur venait le voir, M. Charlesworth lui tira presque à bout portant un coup de revolver et l'atteignit près de la hanche droite. Bien qu'assez gravement blessé, Boakes soutint une lutte terrible avec son maître. Lorsqu'il fut épuisé de fatigue, toute la maison était en émoi. On chercha M. Charlesworth, mais il avait disparu. Une battue fut organisée pour explorer les environs, mais c'est seulement ce matin que le neurasthénique a été découvert dans un champ à plus d'un mille de là. Il s'était suicidé d'un coup de revolver dans la poitrine.

42. *Incendie et double tentative de meurtre.* — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 6 mars 1911) :

Un employé de l'Eden-Théâtre d'Asnières, M. Ferrand, aperçut hier soir, vers 9 heures, une colonne de fumée et des flammes qui jaillissaient des fenêtres d'une maison située 2, rue du Château, presque à l'angle de la Grande-Rue. Il attira l'attention des voisins sur ce commencement d'incendie et s'élança le premier pour le combattre. Comme il arrivait à la porte du logement incendié, ayant à la main une lance d'arrosage qu'il avait eu soin de brancher sur une prise d'eau, il vit se dresser devant lui le locataire, M. Maurice Thèpe. Sans dire un mot, celui-ci lui tira deux coups de revolver à bout portant. Atteint en pleine poitrine, le malheureux s'affaissa.

M. Maurice Thèpe rentra aussitôt chez lui et barricada sa porte. Quelques instants après, il se montrait à une des fenêtres de son logement, et en proie à une fureur croissante, déchargeait à plusieurs reprises son revolver sur les curieux attirés devant sa maison par l'incendie. Une balle atteignit un passant, M. Maurice Canac, à la mâchoire.

Les agents prévenus accoururent, firent le siège du logement et réussirent à s'emparer du meurtrier. On put se rendre

compte, en le conduisant chez le commissaire de police, que M. Thèpe avait agi dans un accès de démence.

Atteint depuis quelque temps de troubles cérébraux, M. Thèpe, qui est âgé de quarante et un ans, avait résolu d'en finir avec la vie d'une façon héroïque. Il avait aspergé tout son appartement de pétrole pour périr dans un incendie. L'arrivée des sauveteurs l'avait exaspéré. Il a été conduit à l'infirmerie du Dépôt.

Les deux victimes ont été transportées à l'hôpital Beaujon, dans un état inquiétant.

43. *Agressions violentes.* — On télégraphie de Saint-Pétersbourg au *Journal* (numéro du mardi 14 mars 1911) :

Le plus riche industriel de Moscou, appelé le roi du pétrole, M. Mantacheff, est devenu subitement fou furieux.

Le millionnaire donnait une fête dans un des plus grands restaurants de la ville, lorsque, atteint subitement de folie, il arracha son sabre à un officier et en porta des coups à plusieurs de ses invités, dont quelques-uns ont été grièvement blessés.

## XXI<sup>e</sup> CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE.

*Amiens, du 1<sup>er</sup> au 6 août 1911.*

Le XXI<sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra cette année à Amiens, du 1<sup>er</sup> au 6 août.

Bureau du Congrès : *Président* : M. le D<sup>r</sup> DENY, médecin de la Salpêtrière; *Vice-Président* : M. le D<sup>r</sup> MABILLE, directeur de l'asile de La Rochelle; *Secrétaire général* : M. le D<sup>r</sup> R. CHARON, directeur de l'asile d'Amiens.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES. — I. *Rapports et discussions* sur les questions suivantes :

a) *Psychiatrie* : Des différentes espèces de douleurs psychopathiques (leur signification, leur rôle).

Rapporteur : M. le D<sup>r</sup> MAILLARD, médecin-adjoint de la Salpêtrière.

b) *Neurologie* : Des tumeurs du corps pituitaire.

Rapporteur : M. le D<sup>r</sup> COURTELLEMONT, professeur suppléant à l'École de médecine d'Amiens.

c) *Médecine légale* : De la valeur du témoignage des aliénés en justice.

Rapporteur : M. le D<sup>r</sup> LALANNE, médecin en chef de l'Asile de Maréville (Nancy).

II. *Communications originales* sur des sujets de Psychiatrie, de Neurologie, de Médecine légale et d'Assistance des aliénés.

N. B. — Les titres et résumés des communications devront être envoyés au Secrétaire général *avant le 1<sup>er</sup> juillet*.

EXCURSIONS. — Visite de la ville d'Amiens et de ses monuments.

Visite de l'Asile départemental de Dury-lès-Amiens.

Excursion à Berck (Hôpitaux marins) et Paris-Plage.

Excursion à Prémontré (Asile départemental de l'Aisne), Saint-Gobain; Coucy-le-Château.

Excursion à Boulogne et Londres.

AVANTAGES ET CONDITIONS. — Le Congrès comprend :

1° Des membres adhérents;

2° Des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent.

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents, de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les trois rapports, après le Congrès le volume des comptes rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Des réductions de tarif seront très vraisemblablement accordées par les Compagnies françaises de chemins de fer. Les membres du Congrès seront invités ultérieurement à faire connaître l'itinéraire qu'il suivront pour se rendre à Amiens.

Prière d'adresser les adhésions, cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au D<sup>r</sup> R. CHARON, à Amiens.

# TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XIII<sup>e</sup> VOLUME DE LA NEUVIÈME SÉRIE

## PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

### I. — Psychologie morbide.

	PAGES
L'opiumisme d'Edgard Poë; par le D <sup>r</sup> Roger Dupouy . . . . .	5

### II. — Pathologie.

Essai sur la valeur de la conception kraepelinienne de la manie et de la mélancolie. Enquête et critique; par les D <sup>rs</sup> Rémond (de Metz) et G. Voivenel ( <i>suite et fin</i> ) . . . . .	19
L'asthénie post-douloureuse et les dysthénies périodiques (psychose périodique); par J. Tastevin . . . . .	177 et 384
De la paralysie générale et de la tabo-paralysie conjugales dans le département du Nord (1871-1909); par les D <sup>rs</sup> Hannard et Gayet . . . . .	201 et 403
Excitation motrice à forme poriomaniaque chez un circulaire; par le D <sup>r</sup> Nadal . . . . .	216
Manie simple et psychose périodique. Statistique; par le D <sup>r</sup> C. Rougé . . . . .	353
La démence précoce et la syphilis; par le D <sup>r</sup> Serge Soukhanoff. . . . .	377

### III. — Établissements d'aliénés.

Documents d'outre-mer. L'hôpital d'épileptiques d'Ohio; par le D <sup>r</sup> Cullerre . . . . .	52
Une visite à la colonie agricole d'Uchtspringe, par le D <sup>r</sup> P.-L. Ladame. . . . .	230
L'assistance des épileptiques et des idiots en Loir-et-Cher. L'hospice Dessaignes, annexe de l'asile d'aliénés; par le D <sup>r</sup> J. Rancadier. . . . .	425

### IV. — Revue critique.

Les maladies mentales dans l'armée; par le D <sup>r</sup> Adam ( <i>suite et fin</i> ). . . . .	59
Quelques considérations sur l'assistance des aliénés et sur le projet de réforme de la loi du 30 juin 1838; par le D <sup>r</sup> Lagriffe. . . . .	243

## DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

## I. — Société médico-psychologique.

	PAGES
<i>Séance du 31 octobre 1910.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : Ministère de l'Instruction publique, MM. Juquelier, Piéron, Bravo y Moreno, Valdès Anciano, Mac Donald. — Mort de MM. Raymond et Bombarda : M. Arnand. — Le réflexe psycho-galvanique en médecine mentale, par M. H. Piéron. Discussion : MM. Briand, Arnaud . . . . .	73
<i>Séance du 25 novembre 1910.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Sérieux, Belletrud, Baruk, Stransky, Del Greco. — Déclaration de vacance de trois places de membre titulaire. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Valdès Anciano ; élection. — Un faux masochiste, par M. A. Vigouroux. Discussion : MM. Vallon, de Clérambault, Piéron, Trénel, Séglas, Vigonroux. — La jurisprudence des tribunaux en matière de divorce et d'aliénation (commentaires cliniques et médico-légaux), par MM. Juquelier et Fillassier. Discussion : MM. Vallon, Juquelier, Trénel, Arnand . . . . .	81
<i>Séance du 26 décembre 1910.</i> — A propos du procès-verbal : M. Trénel. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Bonnet, Capgras, René Charpentier, Marchand, Vurpas, Martin Claveria, Erwin Stransky, Massalongho. — Mort de M. Hospital : M. Arnand. — Rapport de la Commission des finances : M. Semelaigne. — Election du Bureau de 1911. — Election de la Commission des membres titulaires. — Rapport de M. Juquelier sur la candidature de M. Belletrud ; élection. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Baruk ; élection. — Note sur l'emploi du pantopon dans la thérapeutique des maladies mentales, par MM. A. Salin et Ch. Azémar. — Note sur les effets du pantopon, par MM. Rémond (de Metz) et Voivenel. Discussion : MM. Vigouroux, Salin, Capgras. — Divorce et aliénation mentale. Discussion ( <i>suite</i> ) : MM. Trénel, Juquelier. . . . .	264
<i>Séance du 30 janvier 1911.</i> — A propos du procès-verbal : M. Piéron. — Installation du bureau : MM. Arnand, Sérieux. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Baruk, Belletrud, Valdès Anciano, Gross, Th. Simon, Erwin Stransky. — Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1911. — Nomination des Commissions de prix. — Rapport de M. Juquelier sur les candidatures aux places de membre titulaire ; élection de MM. Vurpas, Capgras, Marchand. — Déclaration de vacance de quatre places de membres titulaires. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Moïses Martin Claveria ; élection. — Les quartiers d'observation et les asiles pour débiles et incapables. Rapport sur un travail de M. Erwin Stransky, par M. de Clérambault . . . . .	275
<i>Séance du 27 février 1911.</i> — A propos du procès-verbal : MM. Sérieux, Vallon, Magnan, Briand, Ritti, Colin, Legras, de Clérambault, Piéron, Toulouse. — Déclaration de vacance de deux places de membre titulaire : MM. Piéron, Ritti, Briand, Sérieux. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Capgras, Marchand, Vurpas, Moïses Martin, Wahl, Bonnet, Camus, René Charpentier, Dupouy, Mignot, Riche, Conso, Salerni. — Vœu :	



	PAGES
MM. Lwoff, Briand et Trénel. — Rapport de M. Trénel sur la candidature de M. Gross; élection. — Cholémie et états mentaux dépressifs, par MM. P. Hannard et J. Sergeaut. — Quelques documents sur la question « Aliénation mentale et divorce », par MM. G. Juquelier et A. Fillassier. Discussion : MM. de Clérambault, Briand, Dupré, Fillassier. . . . .	441
Séance du 27 mars 1911. — A propos du procès-verbal : MM. Vallon, Gilbert Ballet, Colin, Arnaud. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Camus, Dupouy, Barbé, Roth, Serbsky, Pilcz, Stransky. — Rapport de M. Trénel sur les candidatures à deux places de membre titulaire; élection de MM. Mignot et Bonnet. — Rapport de M. Pactet sur la candidature de M. Couso: élection. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Alcardo Salerni; élection. — Les aliénés au Maroc, par MM. Lwoff et G. Sérieux. — Un asile d'aliénés au XVIII <sup>e</sup> siècle, par M. L. Wahl. — Folie et divorce, par M. E. Régis. Discussion : MM. Juquelier, Ritti, Trénel. . . . .	462

## II. — Revue des journaux de médecine.

### SOCIÉTÉS SAVANTES (1910).

(Anal. par les D<sup>rs</sup> G. VERNET et ROGER DUPOUY.)

Sur les rapports entre la civilisation et les maladies mentales . . . . .	107
L'armée et les aliénés . . . . .	108
La réaction de Wasserman et la paralysie générale. . . . .	112
La tuberculose dans les asiles d'aliénés. . . . .	113
La réadaptation sociale des aliénés par le travail thérapeutique. . . . .	114 et 145
La policlinique pour les maladies mentales . . . . .	118
Présentation d'un cas de délire télépathique . . . . .	122
Un cas de manie akinétique. . . . .	123
Accès subintrants de confusion mentale au cours d'un goitre exophtalmique. Hémi-thyroïdectomie. Guérison des troubles mentaux . . . . .	124
Les cellules corticales des paralytiques généraux. . . . .	124
Sur la composition chimique de l'absinthe . . . . .	299
Les tumeurs de la glande pinéale chez l'enfant . . . . .	300
Délire systématique avec hallucinations chez un paralytique général . . . . .	300
Cas complexe d'épilepsie avec tabes et troubles mentaux circulaires combinés à un délire systématisé . . . . .	301
Trois aliénés criminels . . . . .	301
Obsessions hallucinatoires et hallucinations obsédantes au cours de deux accès de folie périodique. . . . .	302
Epilepsie et alcoolisme; actes délictueux inconscients à la suite des crises . . . . .	302
Un cas de zoophilie . . . . .	303
Syphilis conjugale. Paralysie générale du mari. Syphilis en évolution chez la femme. . . . .	303
La maladie du sommeil . . . . .	303
Un cas de confusion mentale à évolution chronique en rapport avec l'apparition de la comète de Halley . . . . .	303
Epilepsie et presbyophrénie post-traumatique . . . . .	303
Dégénérescence mentale ou folie maniaco-dépressive. . . . .	304
Deux cas de délire d'interprétation à forme hypochondriaque . . . . .	304

	PAGES
Syndrome paralytique chez un jeune homme de dix-neuf ans . . . . .	804
Un cas de paralysie générale avec syndrome parkinsonnien du bras gauche . . . . .	305
Autopsie d'un cas de paramyoclonus multiplex associé à de l'épilepsie . . . . .	306
Un cas d'aphasie de Wernicke avec autopsie . . . . .	306
Sur deux cas de démence précoce . . . . .	306
Présentation d'une paralytique générale juvénile . . . . .	307
Sur la psychose hallucinatoire chronique . . . . .	307
Sur la folie maniaque-dépressive . . . . .	308
Un cas de surdité verbale pure . . . . .	309
Rémission au cours de la paralysie générale; rapport de la paralytic générale et du diabète . . . . .	309
Recherches urologiques dans la paralysie générale; les échanges urinaires chez quelques paralytiques généraux aux trois périodes classiques et à la période pré-mortelle . . . . .	310
Paralysie générale à début anormal . . . . .	310
A propos de la réaction de précipitation du sérum des déments précoces . . . . .	310
Épisode confusionnel suivi d'amnésie contemporain de la ménopause . . . . .	310
Amnésie essentielle . . . . .	311
Un cas de diagnostic difficile de l'épilepsie . . . . .	486
Cinquante ans de délire mystique sans démence . . . . .	486
Paralysie générale et 606 . . . . .	487
Défauts d'équilibre mental. Alcoolisme chronique; internements multiples . . . . .	487
Paralysie de la 3 <sup>e</sup> paire chez un paralytique général. Présentation de coupes histologiques . . . . .	488
Une mystique persécutée . . . . .	488
Un cas de quadriplégie (intoxication par le vulnérable) . . . . .	488
Un cas de confusion mentale avec délire onirique chez une albuminurique . . . . .	489
Tentative de suicide chez une persécutée . . . . .	489
A propos de l'anatomie topographique de la région sacro-lombaire (canal rachidien sacro-lombaire) . . . . .	489
Les aliénés dans l'armée . . . . .	489
Psycho-névrose convulsive de nature hystérique . . . . .	490
Trois cas de paralysie générale de longue durée . . . . .	490
Psychose circulaire chez une fillette de douze ans . . . . .	491
Epilepsie et ralentissement du pouls. Diagnostic différentiel avec la maladie de Stokes-Adam . . . . .	493
Présentation d'un faux cénestopathe. Considérations à propos de l'origine périphérique de certains délires . . . . .	463
Un cas d'hallucinosé . . . . .	493
Un exemple d'hérédité congestive . . . . .	494
Sur la résistance à la fatigue d'un enfant de deux à trois ans . . . . .	494
Psychose confusionnelle par émotion choc . . . . .	494
Démence précoce . . . . .	495
Un cas d'hallucinosé chronique . . . . .	496
Sur un cas d'amnésie à prédominance antérograde au cours d'une syphilis cérébro-spinale fruste . . . . .	496
Un cas de délire à trois . . . . .	497
Eruption bulleuse des extrémités chez un paralytique général . . . . .	497

## JOURNAUX ITALIENS (1905).

(Anal. par le Dr. L. LAGRIFFE.)

	PAGES
Génie et criminalité . . . . .	125
La loi sur les asiles et sur les aliénés . . . . .	126
Les origines ethniques et psychologiques de la Camorra et du brigandage. . . . .	128
Le caractère criminel. . . . .	130
Sur le traitement moral des aliénés criminels . . . . .	131
Astasie-abasie traumatique chez un enfant épileptique. . . . .	132
Sur le meilleur moyen de mesurer la capacité crânienne . . . . .	132
Contribution à l'évaluation de la capacité d'imputation dans les états psychopathiques. . . . .	133
Le moi subliminal de Myers et la psychologie contemporaine . . . . .	133
Sur l'origine émotive des maladies de la volonté. . . . .	134
Sur l'état mental d'Ottavia Silva. Consultation psychiatrique pour une demande d'interdiction. . . . .	134
Tubercules multiples du cerveau intéressant le noyau caudé, le précoïn et le lobe quadrangulaire. . . . .	134
Neurasthénie et auto-intoxications. . . . .	135
Amyotrophie par traumatisme nerveux périphérique. . . . .	135 et 136
Note et critique de technique manicomiale. . . . .	135
Sur la psychologie des individualités anormales. . . . .	137
Corps mobiles de l'humeur vitrée et hallucinations de la vue . . . . .	138
Sur l'histopathologie de l'écorce cérébrale dans l'état de mal épileptique. . . . .	139
Un cas de psychose pellagreuse en Calabre. . . . .	140
La responsabilité chez les déficients mentaux. . . . .	140
Névroses et criminalité dans le monde moderne. . . . .	140

## III. — Bibliographie.

Revue des thèses soutenues devant la Faculté de Médecine de Paris pendant l'année scolaire 1909-1910 (Anal. par M. le Dr Roger Dupouy) ( <i>suite et fin</i> ). . . . .	143
Les principes et les méthodes d'examen de l'intelligence; par le professeur Th. Ziehen (Anal. par le Dr Chaslin) . . . . .	151
Les auxiliaires du médecin d'asile; par le Dr A. Rodiet (Anal. par le Dr Ed. Cornu) . . . . .	153
Vingtième rapport annuel de la Commission in Lunacy de l'Etat de New-York pour l'année 1907-1908 (Anal. par le Dr Ed. Cornu) . . . . .	155
Le diagnostic de la folie; par le Dr Langdon (Anal. par le Dr Ed. Cornu) . . . . .	157
La fonction du sommeil: physiologie, psychologie, pathologie; par le Dr Albert Salmon (Anal. par le Dr Roger Dupouy) . . . . .	158
La base anatomique des psychoses; par le Dr Ch. Ladame (Anal. par le Dr Roger Dupouy) . . . . .	160
Sur les troubles nerveux et psychiques de la jeunesse; par le Dr E. Siemerling (Anal. par le Dr Ph. Chaslin) . . . . .	160
Eléments de médecine légale; par le Prof. Afranio Peixoto (Anal. par le Dr Arsimoles) . . . . .	313
La mémoire; par le Prof. Ziehen (Anal. par le Dr Adam) . . . . .	316
Nos médicaments hypnotiques; par le Dr C. Bachem (Anal. par le Dr Adam) . . . . .	318

	PAGES
Recherches sur l'hérédité dans les maladies mentales; par le D <sup>r</sup> L. Lagriffe (Anal. par le D <sup>r</sup> Roger Dupouy) . . . . .	321
L'aliéné, l'asile, l'infirmier; par le D <sup>r</sup> Th. Simon. (Anal. par le D <sup>r</sup> Dupouy). . . . .	498
Physiologie et hygiène de la voix; par le D <sup>r</sup> Victor Delfino (Anal. par le D <sup>r</sup> Arsimoles). . . . .	500
Mannel de neurologie à l'usage des praticiens et des étudiants; par le D <sup>r</sup> L. Marchand (Anal. par le D <sup>r</sup> Paul Gniraud) . . . . .	501
Les névralgies et leur traitement; par les D <sup>rs</sup> F. Lévy et A. Baudouin (Anal. par le D <sup>r</sup> Paul Guirand) . . . . .	503
L'hypocondrie et ses origines. Nouvelles considérations sur le diagnostic différentiel de l'hypocondrie, particulièrement avec les psychoses; par le D <sup>r</sup> Max Löwy (Anal. par le D <sup>r</sup> Ph. Chaslin). . . . .	504
Etats hystériques analogues au sommeil (léthargiques); par le D <sup>r</sup> Julius Donath (Anal. par le D <sup>r</sup> Ph. Chaslin). . . . .	504
Sur l'amnésie hystérique; par le D <sup>r</sup> Julius Donath (Anal. par le D <sup>r</sup> Ph. Chaslin) . . . . .	505
Syndrome de Brown-Séquard d'origine traumatique; par le D <sup>r</sup> Julius Donath (Anal. par le D <sup>r</sup> Ph. Chaslin) . . . . .	505
L'imagination chez l'enfant normal; par G. Paul-Boncour et J. Boyer (Anal. par le D <sup>r</sup> Dupouy). . . . .	505
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE . . . . .	153, 337 et 506

#### IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Levassort, Colin, Pain, de Geneville, Viallon, Aubry, Capgras, Coulonjou, Gimbal, Lépine, Masselon, Vernet, Gaspa, Jusserand, Cuvelier, Lemaître, Dide. — Prix de l'Académie de médecine. — La stérilisation des aliénés. — Les aliénés en liberté. — Tribunaux. — Faits divers. . . . .	164
Liste des membres de la Société médico-psychologique. — Nominations et promotions : MM. Dodero, Papillon, Brunet, Latreille, Magnan, Vallon, Kéramel, Mabille, Briand, Cortyl, S. Garnier, Boudrie, Legrain, Pilleyre, Paris, Bessière, Ramadier, Bellat, Chaussinand, Belletrud, Lallemand, Dericq, Boiteux, Nicoulan, Trénel, Mahon, Terrade, Anbry, Tissot. — Nécrologie : Pierre Hospital. — Martyrologe de la psychiatrie ( <i>suite</i> ). — Inauguration de nouveaux pavillons à l'Hospice de Las Mercedes (Buenos-Ayres). — Les aliénés en liberté ( <i>suite</i> ). — Tribunaux. — Faits divers. — XXI <sup>e</sup> Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Amiens, 1 <sup>er</sup> au 6 août 1911. . . . .	323
Nominations et promotions : MM. Tissot, Gelma, Alaïze, Adam, Guiard, Rodiet, Jacquin, Châtelain, M <sup>es</sup> Pascal, Cartier, Perret. — Prix de l'Académie de médecine. — Concours de 1911 pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés et pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asile privé. — Création d'un certificat d'études pénales à l'Université de Montpellier. — Tribunaux. — Les aliénés en liberté ( <i>suite</i> ). — XXI <sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Amiens, du 1 <sup>er</sup> au 6 août 1911. . . . .	508
Table des matières du tome XIII de la 9 <sup>e</sup> série. . . . .	523

*Le rédacteur en chef-gérant* : ANT. RITTI.